



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Prioriter evalueringsmidlerne

Glintborg, Charlotte

Published in:
Fokus

Publication date:
2011

Document Version
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Glintborg, C. (2011). Prioriter evalueringsmidlerne. *Fokus*, 18(2), 22-23.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Ældre og apopleksi

4

Neuropædagogik i forhold til ældre med apopleksi

En neuropædagogisk tilgang er med til at sikre plejepersonale viden om den ramtes liv og personlighed før og efter skaden.

12

Rehabiliteringsterapeut nummer fire ansat i Kerteminde Kommune

Positive projekterfaringer fra 2007 har banet vejen for ansættelse af en helt ny type terapeuter.

16

Synsvanskeligheder efter apopleksi

– Fortsat et overset tema.

FOKUS

Tidsskrift om erhvervet hjerneskade

18. årgang nr. 2, september 2011

Oplag: 6.000
ISSN 1601-8257
ISSN (netudgaven) 1904-4380

Trykt på 90 gram Alpa Sol

Videnscenter for Handicap
og Socialpsykiatri
MarselisborgCentret
Bygning 3, 2. sal
P.P. Ørumsgade 11
8000 Århus C

vihs@servicestyrelsen.dk
Telefon +45 72 42 41 00

Internet:
www.vfhj.dk
www.hjerneekassen.dk
www.børnehjernekasse.dk
www.servicestyrelsen.dk/vihs

Redaktør:
Kommunikationsmedarbejder Mette Trier

Chefredaktør:
Faglig koordinator Ane Katrine Beck

Design og tryk:
Marginal Reklamebureau + PE Offset

Indsendt stof:
Redaktionen deler ikke nødvendigvis synspunkterne i indlæg i FOKUS. Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise, forkorte eller redigere indsendte indlæg.
Debatindlæg, der forholder sig til navngivne personer, vil forinden optagelsen blive forelagt disse til eventuelle kommentarer.

Eftertryk i uddrag er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Målgruppen for Fokus:
Fokus er et landsdækkende tidsskrift, der henvender sig først og fremmest til professionelle inden for hjerneskadeområdet – dvs. forvaltninger, institutioner, sygehuse, skoler og beslutningstagere mv., men også til de skadede selv, deres pårørende og til brugerorganisationerne. Fokus omhandler børn og voksne med erhvervet hjerneskade fra to år og opefter af dansk eller anden etnisk oprindelse.
Det tilstræbes, at hvert nummer af Fokus har et overordnet tema, som belyses ud fra forskellige indfaldsvinkler. Såvel nationale som internationale erfaringer og viden formidles upartisk i bladet. Dette er det sidste nummer af Fokus.

Foto forside: Shutterstock

3

Leder:
Nye spændende kommunikationsløsninger på vej
Af Ane Katrine Beck



TEMA: ÆLDRE OG APOPLEKSI

4

Neuropædagogik i forhold til ældre med apopleksi
Af Bente Juul og Susanne Bommelund

8

Forringet livskvalitet efter lettere apopleksi
Af Dorte Melgaard

10

Sygehus Himmerland i samarbejde med kommunen om rehabiliteringsindsatsen
Af Christina Kristensen, Ester Thomassen, Helle Ranch og Tina Kaas Jensen

12

Rehabiliteringsterapeut nummer fire er nu ansat i Kerteminde Kommune
Af Ane Koefoed-Toft og Rikke Ipsen

14

Manglende brug af pålidelige og gyldige undersøgelser i kognitiv udredning
Af Britt H. Pilegaard, Ida Birn og Marc Sampedro Nielsen

ØVRIGE ARTIKLER

16

Synsvanskeligheder efter hjerneskader – fortsat et overset tema!
Af Ane Katrine Beck

18

Kan det være synet?
Af Hanne Dahl

21

Udbredelse af neuropædagogisk viden på Lundebo
Af Inge Marie Jacobsen, Marianne Keinicke og Tove Madsen

22

Prioriter evalueringsmidlerne
Af Chalotte Glintborg

24

Klubber for hjerneskadede med fokus på beskæftigelse
Af Anne Sophie Sandstød Nielsen

26

Meningsgivende aktiviteter for hjerneskadede patienter
Af Karina Struve

28

Nyt fra hjerneskadeområdet.

BOGANMELDELSER

30

The Brain that Changes Itself
Anmeldt af Aase Engberg

31

Børn, læring og arbejdshukommelse. En praktisk guide
Anmeldt af Lene Daugaard

KALENDER

32

Konferencer og uddannelser



AF ANE KATRINE BECK, FAGLIG KOORDINATOR, VIHS.

Nye spændende kommunikationsløsninger på vej

I forbindelse med sammenlægningen af videnscentrene har det været naturligt at tænke nyt og se på vores målgruppers behov for en mere tværgående viden på de forskellige handicapområder.

Det betyder at Fokus, der har været på banen siden 1994 sammen med de øvrige blade fra de andre 'gamle videnscentre', undergår en metamorfose og på den ene side bliver til et fælles blad for ViHS (som i skrivende stund endnu ikke har fået en titel) – og på den anden side bliver til en række højt kvalificerede faghæfter, hvor vi kan gå tættere på den aktuelt bedste viden på området og stadig få fagfolk til at give deres bud på gode løsninger til gavn for hjerneskadeområdet¹.

Det nye fælles ViHS blad vil fremover blive produceret, så det indholdsmæssigt går på tværs af alle handicapområder og udkommer fire gange om året med fokus på mere overordnede handicaprelevante temaer, for eksempel aldring eller inklusion. Samtidigt vil de fagspecifikke hæfter udkomme ad hoc. Med disse vil vi fortsat tilstræbe, at praksisfeltet leverer fagspecifikke artikler ind som kan afspejle, hvad der rører sig på hjerneskadeområdet rundt omkring i kommuner og regioner, men også forskningsfeltet vil blive søgt inddraget. Rent praktisk vil alle, der har abonneret på Fokus, få både det nye blad og de fagspecifikke hæfter tilsendt, medmindre man meddeler, at det ønskes man ikke. Både faghæfter og ViHS blad vil være gratis at abonnere på.

I den nye kommunikationsstrategi er samtidig også tænkt, at vi igen vil udsende nyhedsmails, som har et mere snævert fokus – dvs. at det igen bliver muligt at abonnere på nyhedsmails på hjerneskadeområdet.

Fokus kom på gaden første gang i 1995 og har sammen med hjemmesiden vfhj.dk været en stor del af Videnscenter for Hjerneskades kommunikation på hjerneskadeområdet lige siden Videnscenter for Hjerneskade så dagens lys. Det

har gennem årene fået mange positive tilbagemeldinger fra læserne, og der er ingen tvivl om, at bladet har været med til at sætte højrelevante temaer på dagsordenen gennem tiden. Dette arbejde fortsætter vi lige så kvalificeret som 'i gamle dage' – bladløsningen bliver en anden, men det gode arbejde og samarbejde ser vi frem til at fortsætte med 'gamle' og nye samarbejdspartnere!

Også på hjemmesidefronten vil der i løbet af efteråret ske ændringer. Det tidligere Videnscenter for Hjerneskades hjemmeside - www.vfhj.dk - vil blive en del af Servicestyrelsens hjemmeside. Hjemmesiden vil blive struktureret, så hjerneskadeområdet bliver let at finde, samtidig med at man vil kunne få et mere tværgående overblik over relevant viden. Hjernekassen og Børnehjernekassen vil stadig kunne søges på deres respektive adresser (hjernekassen.dk og boernehjernekassen.dk), men man vil også kunne finde dem via den nye fælles hjemmeside.

I skrivende stund er kommunerne i fuld gang med at søge midler fra den pulje på 150 mio. kr., som blev afsat i finansloven for 2011, hvor fristen for ansøgningen var 31. august 2011. Vægten i disse ansøgninger vil være på koordineringen af indsatsen i hjerneskadeforløbene, samt på hvordan man kan få højnet det neurofaglige vidensniveau i kommunerne. Forhåbentlig bliver der dannet værdifulde erfaringer i kommunerne, som vil leve videre i mere permanente løsninger, når puljemidlerne ophører, og man overgår til almindelig drift. Vi vil, via vores kommunale netværk, fortsat følge kommunerne på sidelinien og holde os orienteret om, hvad de enkelte kommunale projekter går ud på – og dermed fortsat være med til at inspirere udviklingen og bidrage med relevant ny viden på hjerneskadeområdet. ■

¹Følg med på ViHS' hjemmeside: www.servicestyrelsen.dk/VIHS

Neuropædagogik i forhold til ældre med apopleksi

En neuropædagogisk tilgang er med til at sikre plejepersonale viden om den ramtes liv og personlighed før og efter skaden. Neuropædagogisk tilgang betyder, at der tilrettelægges målrettede tilbud til den enkelte borger.

AF BENTE JUUL, NEUROPÆDAGOG, PD PSYK. OG SUSANNE BOMMELUND, FYSIOTERAPEUT, SD FORMIDLING, HJERNESKADERÅDGIVNINGEN, ODENSE KOMMUNE/VISO LEVERANDØR.

I maj 2009 modtager Hjerneskerådsgivningen en henvisning fra en praktiserende læge om Lars Hansen. Årsagen er, at Lars har følgevirkninger efter en apopleksi fra 2005. Hjerneskadens har medført at Lars bl.a. har lammelse i venstre kropshalvdel, hukommelses- og koncentrationsbesvær og vanskeligheder med at bevare overblikket.

Lars er på dette tidspunkt 67 år. Han har arbejdet som lagermand på forskellige arbejdspladser indtil sit 63. år. Igennem årene har han haft flere forskellige forhold, men ikke af længere varighed. Han forklarer det med, at han i perioder har "set lidt dybt i flasken".

Frem til juli 2009 kommer Lars dagligt på Det Sociale Værested i Odense. Her får han sit daglige måltid varme mad og her har han sit sociale netværk. Han opholder sig sjældent i sin bolig, da han dels er bange for naboen, med hvem han har store uoverensstemmelser, og dels har vanskeligt ved at komme rundt i lejligheden, der blokeres af store stakke af aviser og blade.

I 2009 medfører et akut funktionstab, angiveligt på baggrund af ny apopleksi, at Lars, som ellers har klaret sig uden væsentlig hjælp, får behov for hjælp i alle praktiske situationer.

Lars begynder at blive angst og urolig og vurderingen er, at han ikke længere kan klare sig selv i eget hjem. Han visiteres til en plejebolig og kort efter oplever plejepersonalet, at han råber så snart, han bliver ladet alene tilbage, og når personalet ikke er i stand til at opfylde hans akutte behov her og nu. På grund af massive problemer med Lars, henvender plejecenteret sig til VISO, hvor Hjerneskerådsgivningen Odense, som VISO leverandør, bliver koblet på og indleder et specialrådgivningsforløb af personalet på plejecentret.

Metoder i rådgivningsforløbet

Indledningsvis gennemgår Hjerneskerådsgivningen sagsakter fra Lars' sygehusjournal, fra praktiserende læge, ergo- og fysioterapeut, neuropsykolog samt udtalelser fra Lars og hans pårørende. På baggrund af dette tilrettelægger Hjerneskerådsgivningen et specialrådgivningsforløb opsummeret i følgende punkter:

- Gennemgang af Lars' hjerneskode og følgevirkninger.
- Afdækning af Lars' ressourcer og problemstillinger i dagligdagen (udarbejdes i samarbejde med personalet).
- Rådgivning af personalet med henblik på udvikling af konkrete neuropædagogiske strategier.

I henhold til Hjerneskerådsgivningens koncept struktureres og sammenskrives de relevante data i et skema under overskrifterne: Social anamnese, diagnose, sygdomsforløb, aktuel status mm. Herved opnås et overblik over Lars som person, hvilken hjerneskode han har pådraget sig og hans aktuelle status.

Til afdækning af Lars' ressourcer og hvilke problemstillinger personalet oplever, benyttes Hjerneskerådsgivningens udviklingsplan. (Se næste side).

Udviklingsplanen afdækker de ressourcer Lars har. Lars' ressourcer overses ofte, fordi de adfærdsmæssige problemer har domineret i hverdagen. Herefter sættes der fokus på vanskeligheder og årsager. I denne del af processen er der tillige fokus på personalets tankegang og tilgang. Når Lars f.eks. råber, skyldes det så, at han er en krævende, egoistisk mand? Eller skyldes hans adfærd kognitive følger på grund af hjerneskadens?

Der fokuseres på kognition og på Lars' behov. Formålet er at finde frem til den mest hensigtsmæssige strategi i samarbejdet omkring Lars.

Ud fra ovenstående analyseredskaber arbejdes der med hypoteser, og med hvilke neuropædagogiske strategier der mest hensigtsmæssigt kan bringes i spil i forhold til Lars. Personalet bibringes en forståelse af hans læringsforudsætninger, og af hvordan neuropædagogiske strategier kan afprøves i praksis, og hvor væsentligt det er, at der tages udgangspunkt i Lars' motivation og ressourcer. Endvidere fokuseres der på, hvilke rammer der er mest hensigtsmæssige for Lars. Med afsæt i en hypotese udarbejder personalet et delmål, hvor de neuropædagogiske strategier skal afprøves i praksis.

Eksempel: Lars har problemer i sociale sammenhænge, hvorfor målet er at bedre det sociale samvær i en konkret aktivitetsgruppe.

**Udviklingsplan
juni 2010
Lars Hansen
Cpr.nr.:**

Ressourcer:

- Igangsætter
- Kan sige fra og til
- God til at tale med andre
- Meget snakkesalig
 - vil gerne fortælle
- God bolig
- Kan lide at lave aftaler
- Lars godtager forklaringer
- Kan tage imod undskyldninger
- Er GOD til at høre.
- Lars er god til at sætte andre folk i gang med arbejde

Problemer Kognitive	Hukommelse og indlæringsvanskeligheder	Overbliksvanskeligheder	Angst/utryg = råber
Behov	Forudsigelighed Kontinuitet Gentagelser Konkret kommunikation Meningsfulde aktiviteter	Struktur	Tryghed Struktur Forklaringer Personalet er nærværende Ikke at være alene med egne tanker Faste aftaler
Strategi	Faste rutiner. Tro mod aftaler. Gentagelser. Give Lars feed back – fortælle Lars, hvor vi er i forløbet. En opgave ad gangen – gerne delprocesser. Korte præcise beskeder + checke efter i forhold til om han har Lars forstået/hørt, hvad der er sagt.	Faste rutiner, men Lars er med- bestemmende – husk at videreforsende, hvis der sker afvigelser til den næste vagt. Ensartethed. En ting af gangen. Holder, hvad man lover. Få valgmuligheder, hvis nej – kun et alternativ. "Gøre frem for at spørge".	Man skal sige, hvem man er, og om man har været der tidligere. Evaluere sammen med Lars undervejs og/ efter proceduren. Faste aftaler. Sige et bestemt tidspunkt og sige hvornår man kommer igen. Når Lars er alene, skal tv'et tændes. Når Lars skal ud af huset, skal han have kendt personale med. Aktiviteter skal planlægges i god tid. Lars skal varsles, han skal kende strukturen.

I praksis mødes en medarbejder med Lars inden aktivitetsgruppen samles. Han forberedes på, hvad der skal ske, og hvor mange der deltager i gruppen. Personalet er garanteret for at alle gruppedeltagere kommer til "orde", og der laves en "cue aftale" med Lars, der handler om, at hvis han kommer til at tale for meget, så lægger personalet en hånd på hans skulder som tegn på, at han skal give plads til andre.

Som styringsredskab benyttes Randerscirklen (se side 6) til at igangsætte en strategi i praksis.

Før afprøvningen finder sted er det vigtigt, at personalet er enig om, hvad der skal observeres på. Dette gøres bl.a. ud fra aftalte "tegn" jf. SMTTE-modellen (se side 7). Modellen er med til at vise, om borgeren profiterer af indsatsen eller ej. I ovenstående eksempel kunne "tegnet" være, om Lars reagerer med irritation eller forståelse, når personalet lægger en hånd på hans skulder.

Hjerneskerådgivningens konsulent arbejder i rådgivningsforløbet med dokumentation af, hvad personalet rent

faktisk har gjort i den pågældende periode, og hvad resultatet heraf har været. Når forløbet evalueres, skal personalet svare på, om delmålet er nået eller ikke nået. Der reflekteres over processen, og efterfølgende justeres planen – alternativt iværksættes en ny strategi.

Ved afslutningen af rådgivningsforløbet er personalet blevet bevidst om, hvordan Lars' adfærd hænger sammen med hjerneskadens følgevirkninger og psykosociale problemstillinger. Vurderingen er, at Lars' råbende adfærd er udtryk for utryghed og angst, og at denne er en reaktion på manglende overblik, hukommelsesvanskeligheder, nedsat forståelse samt nogle synsmæssige (perceptuelle) vanskeligheder.

Samarbejde et nøgleord

Et væsentligt element i den helhedsorienterede, neuropædagogiske tilgang er, at det så vidt muligt skal ske i samarbejde med den hjerneskeramte person, de tilknyttede fagpersoner og de pårørende. ►

Det er væsentligt, at enhver proces eller tilgang bliver koordineret, og at der er kontinuitet under hele forløbet. Det er uhyre vigtigt, at den ramte har indflydelse på, hvad der skal ske og har en oplevelse af, at der er mening og mål med den indsats, der ydes. Personalet skal have en forståelse af, at enhver indsats over for den apopleksiramte skal ske i en handlingspræget og oplevelsesorienteret proces, hvilket vil sige, at enhver indsats ydes i praksis og altid i tæt samarbejde med den apopleksiramte. Det er i den sammenhæng en forudsætning, at personalet er i stand til at indtænke/inddrage den apopleksiramtes kognitive og følelsesmæssige problemstillinger. Det primære mål er, at der sker en kontinuerlig afdækning af den apopleksiramtes ressourcer med henblik på en udviklingsorienteret indsats.

Den neuropædagogiske tilgang fordrer, at man ser på det enkelte menneske, herunder livet før skaden, den grundlæggende personlighed, ressourcer og følgevirkninger efter apopleksien. Det er ikke muligt at generalisere neuropædagogiske indsatser. Der vil være behov for analyse af den enkelte person med henblik på en individuelt tilrettelagt handleplan/indsats.

At tilrettelægge en hensigtsmæssig hverdag for en apopleksiramte borger vil altid være en stor udfordring for en personalegruppe, da det stiller krav til, at personalet har faglige forudsætninger for den neuropædagogiske tanke-

gang og tilgang. Samtidig indbefatter det også at få klargjort plejecentrets leveregler, værdigrundlag og menneskesyn. Observation og refleksion over egen praksis er således væsentlige elementer i den neuropædagogiske praksis i arbejdet omkring den hjerneskaderamte borger.

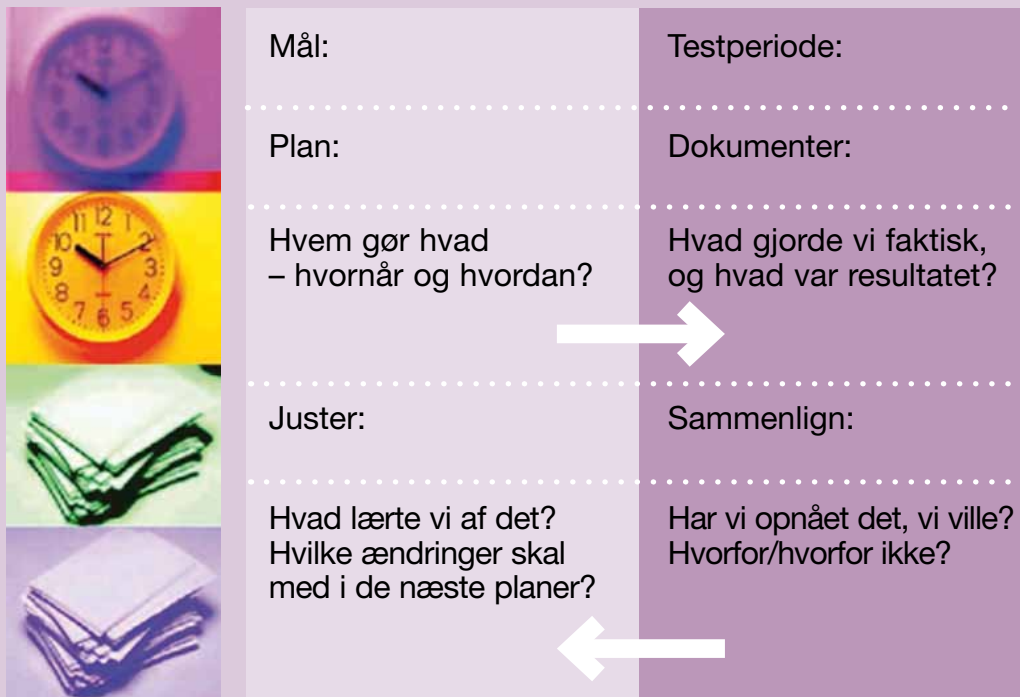
Som udgangspunkt har personale inden for hjemmeplejen og på plejecentre ikke de fornødne kompetencer til at håndtere opgaver af så kompleks en karakter. Hjerneskaderådgivningens konsulent indgår derfor aktivt i et samarbejde med ledelse og personalegruppen. Det overordnede mål er at bibringe viden og forståelse af den neuropædagogiske tankegang, og af hvordan det er muligt at omsætte teori til en neuropædagogisk praksis.

Tilgangen bør tilgodesee kognitive, fysiske, emotionelle og sociale sider hos den apopleksiramte. Endvidere er det væsentligt, at personalet lærer at forholde sig til didaktiske (lærings/forandringsprocesser) og metodiske overvejelser. Formålet er at bibringe ny viden til personalet og medvirke til, at det forholder sig nysgerrigt og mulighedsorienteret til borgeren.

Rammer

I Hjerneskaderådgivningen Odense arbejdes ud fra en neuropædagogisk referenceramme, hvor viden om neurologi, neuropsykologi og socialpsykologi er klare forudsætninger

Randerscirklen



for at kunne yde en kvalitativ neurofaglig indsats. Det menneskesyn, der ligger bag – herunder bevidsthed om magtforhold og etiske dilemmaer – er endvidere en afgørende faktor i indsatsen for de enkelte borgere. Der arbejdes ud fra et fast koncept, hvor metoden som udgangspunkt er ens uanset aldersgruppe – og hvor det bærende element er den individuelle, anerkendende og procesorienterede tilgang.

Hjerneskerådsgivningen på Fyn har aktuelt entreprenøraftaler med 9 ud af de 10 fynske kommuner.

Henvi sning til Hjerneskerådsgivningen kan ske via sygehus, egen læge, kommunal sagsbehandler eller ledelsesansvarlige på plejecentre m.m. Endvidere er Hjerneskerådsgivningen leverandør til VISO. Se mere om Hjerneskerådsgivningen på: www.hjerneskeradsgivningen.dk ■

FAKTA

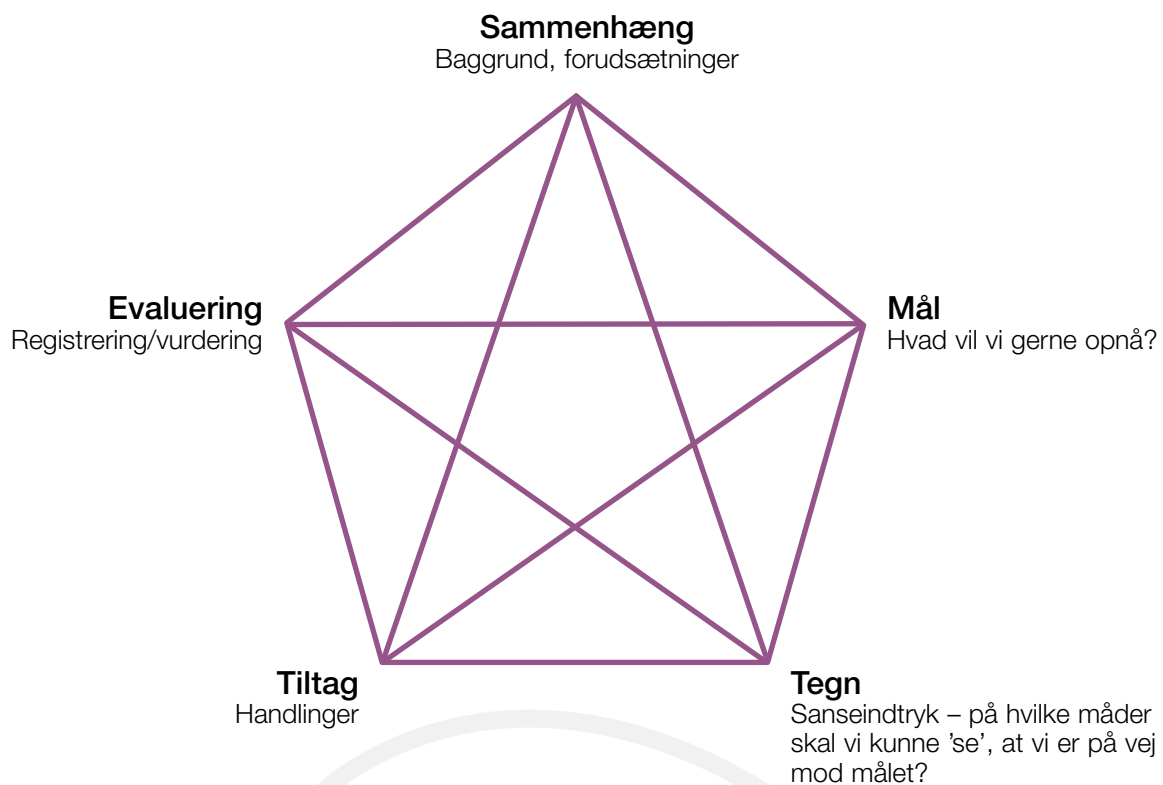
Se også bogen: "Ældre og apopleksi" – inspiration til pleje og omsorgspersonale udgivet af Ældreforum og Videnscenter for Hjerneskade 2011: på

www.aeldreforum.dk

Hent endvidere inspiration i bogen "Håndbog i neuropædagogik", www.neuropaedagog.dk

Eller se artiklen her i bladet om dvd'en: Styrk din neurofaglighed med Dorthe Birkmose.

Bemærk også at der er temadage om Ældre og apopleksi i efteråret med Bente Juul og Susanne Bomme-lund. Se arrangementet beskrevet på s. 29 her i bladet.



SMTTE-modellen er et redskab, der anvendes til at se på konkrete tegn for at vurdere, om målet er nået. Det kan bruges som redskab i forhold til planlægning og udvikling og skaber sammenhæng gennem tegn, værdi-, mål- og evalueringskategorier.

Ved anvendelse af SMTTE-modellen, skal man konkretisere sine mål og fokusere på, hvad det er, man skal sanse – se, høre, føle, mærke – på vejen mod målet. SMTTE-modellen skal opfattes som et dynamisk redskab, hvor man bevæger sig frem og tilbage mellem modellens 5 elementer.

Forringet livskvalitet efter lettere apopleksi

Mennesker ramt af lettere apopleksi bliver udskrevet efter få dage fra hospitalet ofte uden tilbud om yderligere rehabilitering – men hvordan er deres livskvalitet efterfølgende?

Er den korte indlæggelse et udtryk for, at patienterne ikke har følger efter apopleksien? Svaret er nej, viser et nyt, stort, nationalt forskningsprojekt¹.

AF DORTE MELGAARD, UDVIKLINGSTERAPEUT, SYGEHUS VENDSYSSEL.

Lettere skadede apopleksipatienter er typisk selvhjulpne i forhold til personlig hygiejne og har ingen eller kun ganske lette fysiske vanskeligheder. De udskrives typisk efter ganske få dage. Men flere fortæller efter udskrivelsen fra sygehuset, at de har svært ved at få hverdagen til at fungere. Ofte har de svært ved at indgå i sociale sammenhænge, bliver irritable og er mere trætte end før de blev ramt af apopleksi. Nogle studier konkluderer, at ca. 40 procent af alle apopleksipatienter ikke har følger efter apopleksien, mens andre studier påpeger, at lettere skadede apopleksipatienter oplever, at deres initiativ, hukommelse og sociale formåen er påvirket. I Danmark er der ikke tidligere forsket i, hvordan denne gruppe patienter har det, efter de har fået apopleksi.

Deltagere i undersøgelsen

Formålet med undersøgelsen var at afdække, om patienter, der blev ramt af let apopleksi, oplevede, at deres livskvalitet blev påvirket. I april/maj måned 2010 blev der sendt spørgeskemaer ud til 1834 mennesker. De havde alle været indlagt på et dansk hospital med let apopleksi i perioden 1. aug. 2009 – 31. dec. 2009. Patienterne er alle registreret i det Nationale Indikator Projekt (NIP), og de repræsenterer 38 procent af alle de apopleksipatienter, der er registreret her i den nævnte periode. 1238 returnerede spørgeskemaet (67,5 procent). Svar fra patienter, der tidligere havde haft apopleksi, som havde fået yderligere rehabilitering på hospital eller boede på plejehjem, blev sorteret fra. Dette skete for at sikre, at undersøgelsens resultater er så retvisende som muligt. Hvis en patient har været ramt af apopleksi flere gange, kan det være vanskeligt at huske, hvilke følger den enkelte apopleksi har resulteret i. 708 besvarelser indgik i undersøgelsen.

Det udsendte spørgeskema bestod af:

1. Et følgebrev, der beskrev projektet.
2. Et spørgeskema med oplysninger om køn, alder, om respondenter boede alene, var ramt af kroniske sygdomme eller stadig var aktiv på arbejdsmarkedet.

3. Stroke Specific Quality of Life. Et spørgeskema, der er udarbejdet til at afdække helbredsrelateret livskvalitet hos patienter med let til middelsvær apopleksi. Spørgeskemaet er gennemtestet både i Danmark, USA og flere andre lande.

4. EQ-5D. Et spørgeskema, der ofte bruges i sundhedsøkonomiske sammenhænge, fordi det er egnet til at sammenligne forskellige diagnosegrupper, ligesom det er muligt at sammenligne syge og raske menneskers oplevelser af helbredsrelateret livskvalitet. Dette spørgeskema er ligeledes internationalt anerkendt og gennemtestet.

Modtagerne af spørgeskemaerne blev informeret om projektets formål, det blev desuden beskrevet på Hjernesagen.dk og der var i brevet oplyst en hotline, hvor eventuelle spørgsmål til projektet kunne stilles. Projektet er anmeldt til Datatilsynet (j.nr. 2009-41-4110).

Livskvalitet

Blandt undersøgelsens deltagere oplevede 40 procent, at deres helbredsrelaterede livskvalitet var påvirket, efter de var blevet ramt af let apopleksi. Den gruppe, der oplevede at deres livskvalitet var påvirket, oplevede primært vanskeligheder i forhold til følgende områder: energi, koncentration/hukommelse, socialt liv, personlighed, arbejde, humør og rollen i familien.

Undersøgelsen dokumenterer, at lettere apopleksi ofte medfører tab af livskvalitet for den ramte. De ramte områder energi, koncentration/hukommelse, socialt liv, personlighed, humør og arbejde er typisk ikke i fokus, når patienter med diagnosen apopleksi skal undersøges. Lægerne vil ved indlæggelsen ofte fokusere på de meget kropslige dele, som f.eks. blodtryk, scanninger eller hjertesygdomme. Fysioterapeuter og ergoterapeuter vil ofte fokusere på fysiske udfald, aktivitetsproblemer, kognitive vanskeligheder og vanskeligheder i forhold til at spise og drikke. Logopæden bliver inddraget ved sproglige vanskeligheder.

¹Lettere apopleksi og livskvalitet. Minor stroke and quality of life 2010. Af Dorte Meldgaard.



Foto: Shutterstock

Energiniveau, koncentrationsevne, hukommelse og evne til at indgå i sociale sammenhænge kan være vanskelige at undersøge under en kort indlæggelse på sygehuset. Både fagpersoner og patienter kan have vanskeligt ved at skelne mellem, hvorvidt vanskelighederne skyldes apopleksi eller er en stressreaktion på at være indlagt.

I brevet til respondenterne var oplyst telefonnummer til undertegnede og en del valgte at tage kontakt. Mange ringede eller skrev for at fortælle om, hvordan deres liv havde ændret sig, efter at de var blevet ramt af en lettere apopleksi. Flere fortalte, at de på mange måder var "sluppet billigt", men alligevel oplevede vanskeligheder i form af øget træthed, så de havde behov for hvile flere gange i løbet af dagen. Andre fortalte, hvordan det var blevet svært for dem at rumme støjen fra børnebørnene. En mand fortalte, at han og ægtefællen mødtes med to hold naboer hver lørdag formiddag til hygge. Men han var holdt op med at deltage, fordi han ikke kunne udholde støjen fra samtalen. En ældre herre ringede og fortalte, hvordan sygdommen havde medført, at han ikke længere måtte køre bil, det havde haft stor indflydelse på hans frihed til at færdes frit omkring. Mange var blevet meget begrænsede i forhold til at kunne udføre daglige aktiviteter og i forhold til deres sociale liv. Undersøgelsen fokuserede på de apopleksiramtes oplevelser af forringet livskvalitet. En del pårørende valgte at skrive, og de fortalte hvordan deres liv også var blevet påvirket af deres kæres sygdom. Ændret personlighed, øget træthed eller nedsat initiativ havde stor indflydelse på deres fælles liv.

Undersøgelsen synliggør vigtigheden af at inddrage relevante undersøgelsesredskaber, som kan afdække de nævnte vanskeligheder. Ligeledes vil det være relevant at bevare en kontakt til patienterne en længere periode efter indlæggelsen. Dette kunne være i sygehus- eller kommunal regi, under alle omstændigheder ville det give mulighed for at følge op på eventuelle vanskeligheder, der måtte vise sig efter en lettere apopleksi. ■

DELTAGER FLOW I UNDERSØGELSEN

Patienter, der er registreret i NIP og opfylder inklusionskriterierne	2085
Patienter, der ikke ønsker at indgå i forskning, har ukendt cpr.nr. eller er døde efter udtrækket af data fra NIP	251
Patienter, der har fået tilsendt spørgeskema	1834
Returnerede spørgeskemaer	1238
Respondenter, der svarer, at de har været indlagt 8 dage eller mere, tidligere har haft apopleksi eller bor på plejehjem	530
Respondenter, der har besvaret spørgeskemaet og opfylder inklusions- og eksklusionskriterierne	708

Læs endvidere artiklen: Livskvalitet hos apopleksiramte af Ingrid Muus i Fokus 1 2009: www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1892 – der beskriver SS-QoL-DK som er det måleinstrument, der er brugt til at måle livskvaliteten hos respondenterne i undersøgelsen.

Sygehus Himmerland i samarbejde med kommunen om rehabiliteringsindsatsen

Når sygehus og kommune samarbejder om rehabilitering, giver det en stor gevinst for både borger, pårørende og det tværfaglige sundhedspersonale. Gennem gensidig dialog og deling af viden kan vi opnå at tænke mere helhedsorienteret. Det skaber grobund for en win-win situation for både borger og sundheds- og socialvæsen.

AF CHRISTINA KRISTENSEN SYGEPLEJERSKE, ESTER THOMASSEN ERGOTERAPEUT,
TINA KAAS JENSEN FYSIOTERAPEUT OG HELLE RANCH SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENT.



Mellem 2004 og 2006 afsatte regeringen 260 mio. kr. til at styrke indsatsen for den ældre, medicinske patient, herunder blandt andet at sikre en øget sammenhæng på tværs af behandlingssystemet. Med baggrund heri søgte og fik Sygehus Himmerland i 2004 økonomisk støtte til et udviklingsprojekt: "Projekt Rehabilitering og Apopleksi".

I samme periode udkom "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet", der satte fokus på begrebet rehabilitering og nødvendigheden heraf. Bogens sigte var at skabe et fælles grundlag for at arbejde videre med rehabilitering i Danmark og nødvendigheden af rehabilitering som fagligt speciale og felt.

Sygehus Himmerlands projekt og en lang række andre projekter har dokumenteret, at rehabilitering nytter noget, men at det kræver en hel ny måde at se rehabilitering på, der fordrer ændringer inden for det danske sundhedsvæsen. Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne ansvaret for og finansieringen af al ikke-specialiseret genoptræning af borgere efter udskrivning fra sygehuset. Det stillede blandt andet krav om et tættere tværsektorielt samarbejde.

Beskrivelse af projektet

Projektets formål var at styrke den tværfaglige indsats i kommunen via kompetenceudvikling af sundhedspersonale i forhold til rehabilitering af borgere med hjerneskader. Målet var at bevare og udvikle borgerens opnåede funktionsniveau, efter at han var udskrevet og kommet hjem under eget tag. Kommunens sundhedspersonale fik viden om hjernen, apopleksi, neuropædagogik og rehabilitering på et femdages kursus, som hed "Selvstændigt arbejde med den hjerneskadede".

På hjemmehabilitering hos borgeren i hjemmet, gav sygehusets team vejledning til kommunens sundhedspersonale og tog udgangspunkt i konkrete daglige opgaver.

Målet for sygehusets team var at udvikle kompetencer hos kommunens sundhedspersonale inden for rehabilitering, og

at være med til at skabe et sammenhængende patientforløb. Begge opgaver var til gavn for borgeren, som derved kunne bevare og udvikle sit funktionsniveau efter at været blevet udskrevet fra hospitalet.

Omdrejningspunktet for kompetenceudviklingen var den enkelte borgers mål, ønsker, behov og ressourcer.

Projektet viste, at kursus og hjemmerekabilerer med vejledning øgede sundhedspersonalets kompetencer. De blev i stand til i højere grad at kunne støtte borgeren med hjerne-skade til at blive mere selvhjulpne. Borgerens gevinst var en oplevelse af øget livskvalitet og derved et mere meningsfuldt liv – altså en win win situation!

Efter projektets afslutning i 2007 oprettede Sygehus Himmerland et fast, tværfagligt rehabiliteringsteam med udkørende funktion i Mariagerfjord, Rebild og Vesthimmerlands kommuner.

Teamet var tilknyttet rehabiliteringsafsnittet på sygehuset og bestod af en ergoterapeut, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent.

I slutningen af 2010 blev teamets arbejde revurderet, blandet andet for at tage stilling til, hvordan samarbejdet mellem rehabiliteringsafsnittet og de tre kommuner fremover skulle foregå.

I skrivende stund er hjemmerekabilerer under nyudvikling. Det vil i fremtiden være sådan, at hjemmerekabileringsopgaven kommer til at ligge hos det tværfaglige team, som har patienten. På den måde undgår vi for mange overleveringer mellem sygehusets personale og at vigtige informationer dermed går tabt. Desuden håber vi, at det giver mere arbejdsglæde hos personalet, at de nu alle får mulighed for at følge patienten hjem og sikre en god overlevering til kommunen. Vi forventer os meget af den nye arbejdsmetode.

Supplerende rapport

Selve projektet er beskrevet i rapporten "Evalueringsrapport: Projekt Rehabilitering og apopleksi. Sygehus Himmerland. Rapporten kan downloades på hjemmesiden: www.sygehushimmerland.rm.dk ■

Rehabiliteringsterapeut nummer fire ansat i Kerteminde Kommune

Positive projekterfaringer fra 2007 har banet vejen for ansættelse af en helt ny type terapeuter – rehabiliterende ergoterapeuter. Den 1. januar 2011 fik Kerteminde Kommune således ansat sin fjerde terapeut, der nu indgår i Hjemmeplejen.

ANE KOEFOED-TOFT, RIKKE IPSEN – REHABILITERENDE ERGOTERAPEUTER, KERTEMINDE KOMMUNE.

Den 1. januar 2011 besluttede man fra politisk side i Kerteminde Kommune at ansætte endnu en rehabiliterende ergoterapeut, der skulle indgå i et tæt samarbejde med kommunens hjemmepleje. Det skete ud fra et ønske om at sætte øget fokus på borgere, som søgte om hjælp for første gang, og borgere som allerede modtog hjælp, men som kunne generhverve tabte funktioner igennem træning i daglige aktiviteter. Den rehabiliterende ergoterapeut skulle som hidtil have fokus på vejledning og supervision af kollegaerne i hjemmeplejen, så hjælpen kunne få et helhedsorienteret og aktiverende sigte frem for et kompenserende sigte.

Beslutningen blev truffet på grundlag af projekterfaringer om rehabilitering i hjemmet søsat af Kerteminde Kommune i 2007. Dengang havde man fra politisk side godkendt et projekt, hvor man ønskede at arbejde med hjemmeplejens værdier, således at man i hjemmeplejen gik fra at arbejde med et kompenserende sigte til et mere helhedsorienteret og aktiverende sigte.

Godkendelse af projektet førte til ansættelse af tre ergoterapeuter 1. januar 2007, som skulle varetage den rehabiliterende træning i borgerens eget hjem og på kommunens aflastningsstuer, der var fordelt på kommunens plejecentre.

Rehabiliteringsbegrebet

Rehabiliteringsbegrebet, der arbejdes ud fra i Kerteminde Kommune, er taget fra "Hvidbog om rehabilitering"¹.

¹"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats".

Den rehabiliterende indsats i projektperioden bestod dels af hjemmetræning og aktiverende pleje i borgerens hjem, og dels af træning med borgere, visiteret til kommunens aflastningsstuer. Træningsomfang og mål blev fastlagt i et tæt samarbejde mellem den enkelte borger, visitator, plejepersonale og den rehabiliterende ergoterapeut. Det viste sig at få afgørende betydning for projektets positive resultater, at der havde været det tætte samarbejde mellem terapeut og plejepersonale med fokus på, hvordan man kunne inddrage borgeren aktivt i træning af daglige gøremål, hvor plejepersonalet varetog den daglige indsats i borgerens eget hjem.

Målet med den rehabiliterende indsats blev inddelt i fire kategorier:

1. Borgeren skulle opleve en rettidig indsats fra hjemmeplejen for bedre at kunne klare dagligdagens opgaver.
2. Hjælp skulle afsluttes eller minimeres hos borgere, som helt eller delvist selv igen kunne varetage deres personlige hygiejne.
3. Borgere skulle bevidstgøres om egne udviklingsmuligheder på trods af apopleksiens begrænsninger.
4. Hjemmehjælperen skulle have øget udfordring og konkret sparring og vejledning i borgerens hjem af en fagperson med det mål at udvikle borgerens færdigheder.

Penge sparet

Som nævnt i projektbeskrivelsen "Rehabilitering i Kerteminde Kommune 2007"², bevirkede den rehabiliterende træningsindsats, at flere ældre borgere i Kerteminde Kommune enten igen kunne klare sig selv eller kunne klare sig med mindre hjælp. Ikke mindst medførte besparelsen en reduktion på 148,5 hjemmehjælpstimer om ugen – svarende til fire fuldtidsstillinger.

² Se side 9 og 10, i projektbeskrivelsen fra Kerteminde Kommune.

Erfaringer og udvikling af den rehabiliterende indsats i Kerteminde Kommune.

Projektrapporten beskriver, hvilke udviklingspotentialer der forventes at kunne øge kvaliteten af den rehabiliterende indsats i Kerteminde Kommune.

Den 1. maj 2010 samlede man således, som en følge af projektresultaterne, kommunens aflastningsstuer i én rehabiliteringsenhed. I rehabiliteringsenheden arbejder fagligt uddannede social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, en sygeplejerske og rehabiliterende ergoterapeuter med intensiv træning. Træningen tager udgangspunkt i borgerens funktionsniveau samt mål udarbejdet i tæt samarbejde med den enkelte borger og tilrettelægges i henhold til borgerens ressourcer og mestring af de daglige aktiviteter.

Personalets brede faglige kompetence har betydet - sammen med det tætte tværfaglige samarbejde - at der er en høj grad af kvalitet i den døgnrehabilitering, borgeren tilbydes.

Den enkelte rehabiliterende ergoterapeut har igennem de senere år tilegnet sig specialiseret viden, der tillige har givet en øget kvalificeret tilgang til den enkelte borger og hans sygeforløb. Det har været til gavn for både borgere med ophold på rehabiliteringsenheden og i forbindelse med udskrivning af borgere til træning i eget hjem.

Et eksempel på et forløb ved en rehabiliterende ergoterapeut i Kerteminde Kommune

Når en borger fra kommunen skal hjem fra et længere sygehusophold på en neurorehabiliteringsenhed, henvender visitatoren sig til de rehabiliterende terapeuter. Borgeren har været indlagt på grund af apopleksi, og efter et længere rehabiliteringsforløb er borgeren nu klar til at komme hjem i første omgang med et ambulant træningsforløb på neurorehabiliteringsenheden.

I begyndelsen har borgeren derfor behov for støtte og hjælp fra hjemmeplejen. Derfor er det vigtigt, at den rehabiliterende ergoterapeut har fokus på, at borgeren og familien oplever

kontinuitet og kvalitet i den støtte og pleje, der ydes i hjemmet. Og at forflytninger og ADL-aktiviteter trænet på neurorehabiliteringsenheden kan fastholdes i hjemmet. Sammen med hjemmeplejen udpeges nogle primærpersoner, som fortrinsvist skal have de faste besøg i hjemmet.

Besøg på afdelingen

Mens borgeren endnu er på neurorehabiliteringsenheden, planlægges et besøg hos borgeren og terapeuterne, som har trænet med ham på afdelingen. Ligeledes taler den rehabiliterende ergoterapeut med social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker om den daglige støtte og hjælp, som borgeren vil få behov for i hjemmet. Ægtefællen får også et besøg af den rehabiliterende ergoterapeut og behovet for hjælpemidler, og forløbet som helhed drøftes.

Indsatsen planlægges af den rehabiliterende ergoterapeut, og en dagvagt fra hjemmeplejen besøger borgeren første gang på neurorehabiliteringsenheden. Der er fokus på, hvordan hjemmeplejen skal støtte borgeren i de daglige aktiviteter - f.eks. selv gå ud til badeværelset om morgenen - og hvordan hjemmeplejen skal støtte den ramte i forhold til de ressourcer, der er på trods af apopleksien. Også to medarbejdere fra aftenteamet besøger borgeren på neurorehabiliteringsenheden, hvor de får informationer om og ser, hvordan borgeren bliver lejret.

Afsluttende møde

Ved afslutningen af opholdet på neurorehabiliteringsenheden, bliver der holdt et afsluttende møde, hvor borger og evt. ægtefælle deltager sammen med terapeuter og sygeplejersker fra neurorehabiliteringsenheden og en trænende fysioterapeut fra kommunen sammen med den rehabiliterende ergoterapeut. Her bliver opstarten til genoptræningsforløbet i det kommunale regi aftalt præcist.

Derpå besøger den rehabiliterende ergoterapeut borgeren og ægtefællen sammen med hjemmeplejen nogle enkelte gange. Der foregår en løbende dialog mellem den rehabiliterende ergoterapeut og hjemmeplejen. Både ergoterapeut og primærpersoner fra hjemmeplejen arbejder meget for at dele viden om faste rutiner og borgerens ressourcer med andre medarbejdere, ferieafløsere mm.

Et halvt år efter forløbet er startet, følges der op på det med personalet fra hjemmeplejen. Personalet giver her bl.a. udtryk for, at de føler sig klædt på til opgaven, og at dette giver dem sikkerhed i deres arbejde. Den rehabiliterende indsats udvikles løbende ud fra de erfaringer, der opnås. ■

FAKTA

Projektet er beskrevet i rapporten "Projektbeskrivelse. Rehabilitering i Kerteminde Kommune, 2007", Se mere på www.kerteminde.dk. (Søg på: "Projektbeskrivelse: Rehabilitering i Kerteminde Kommune 2007".)

Flere oplysninger kan fås ved henvendelse til de rehabiliterende ergoterapeuter:

Ane Koefoed-Toft, akt@kerteminde.dk

Ida Kaack Peulicke, ibp@kerteminde.dk

Manglende brug af pålidelige og gyldige undersøgelser i kognitiv udredning

Et netop afsluttet bachelorprojekt fra VIA University College Aarhus viser, at 83 pct. af ergoterapeuterne på landets sygehuse ikke bruger veldokumenterede undersøgelser i udredningen af apopleksiramte.

AF BRITT H. PILEGAARD, ERGOTERAPEUT, RANDERS KLOSTER, IDA BIRN, ERGOTERAPEUT, HÅNDTERAPIEN AARHUS SYGEHUS, MARC SAMPEDRO NIELSEN, ERGOTERAPEUT, GERIATRISK AFDELING, AARHUS SYGEHUS.

Udredning og behandling af patienter med apopleksi udgør i dag en stor samfundsmæssig opgave, idet ca. 12.000 mennesker årligt rammes af en apopleksi. Heraf er 70 pct. over 70 år. Ældre udgør dermed den største gruppe. De motoriske udfald er for personalet mere synlige end de kognitive udfald, som lettere overses i den tidlige udredning. Af de patienter, der får en apopleksi, rammes mere end halvdelen af kognitive udfald som eksempelvis afasi, der giver sproglige vanskeligheder eller apraksi, der kommer til udtryk ved besvær med at bruge kniv/gaffel eller vide, hvad tandbørsten skal bruges til.

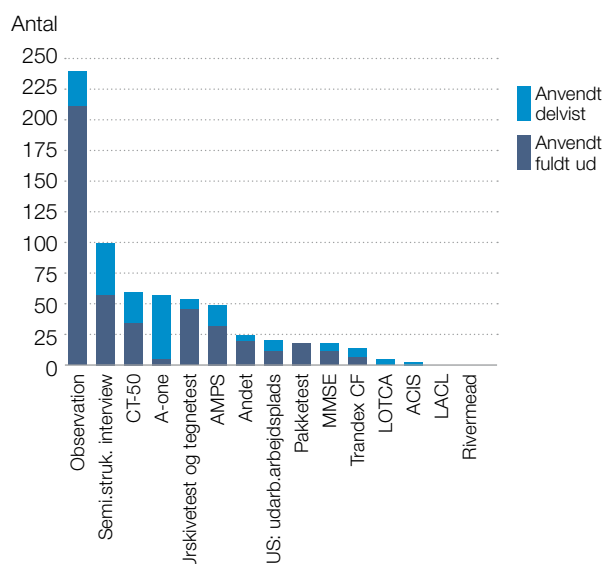
Tidlig ergoterapeutisk udredning af kognitive udfald

De kognitive udfald har stor betydning for, om man selv kan klare sig i hverdagen. Det underbygges af flere studier, som har vist en sammenhæng mellem reduceret kognition og evnen til at udføre almindelig daglig levevis (ADL). Ergoterapeuter har netop fokus på betydningen af de kognitive udfald i relation til udførelse af ADL, hvorimod andre faggrupper fokuserer mere på eksempelvis at stabilisere den medicinske tilstand eller yde pleje. Det Nationale Indikatorprojekt har fastsat, at senest to døgn efter indlæggelsen skal mindst 90 pct. af patienter med apopleksi vurderes af en ergoterapeut. Dermed spiller ergoterapeuter en vigtig rolle i den tidlige udredning af kognitive udfald hos en apopleksiramte.

Bachelorprojekt om undersøgelser til kognitiv udredning

I Danmark findes der ingen studier, som belyser, hvilke undersøgelser danske ergoterapeuter anvender til kognitiv udredning af patienter med apopleksi. Formålet med vores studie var derfor at afdække, hvilke undersøgelser der blev anvendt, og om disse var pålidelige og gyldige (valide og reliable). Vi fandt det ligeledes interessant at se på om undersøgelsens tidsforbrug, arbejdspladsens retningslinjer og ergoterapeutens uddannelsesgrad påvirkede ergoterapeutens valg af pålidelige og gyldige undersøgelser. Vi lavede et kvantitativt tværsnitstudie, hvor vi udsendte 175 spørgeskemaer til hospitaler i samtlige regioner i Danmark.

Besvareelserne viste, at ergoterapeuter anvendte 13 forskellige undersøgelser til kognitiv udredning, og at observation udgjorde hele 36 pct. Ud over observation var de hyppigst anvendte undersøgelser semistruktureret interview, CT-50, A-ONE, urskive- og tegnetest og AMPS¹. Vores resultater viste, at ergoterapeuter i 83 pct. af tilfældene ikke anvendte pålidelige og gyldige undersøgelser til kognitiv udredning. Imidlertid angav 88 pct., at det var vigtigt for dem at anvende disse, og 58 pct. havde desuden været på kurser i at anvende netop sådanne undersøgelser. Ergoterapeuterne synes med andre ord både, at det er vigtigt at anvende veldokumenterede undersøgelser og har tilsyneladende kompetencerne til at udføre disse. Man kan derfor undre sig over, hvorfor de ikke i højere grad anvender dem¹.



¹Udvalgte undersøgelser som danske ergoterapeuter anvender til kognitiv udredning af patienter med apopleksi i den første fase af behandlingen. Se hvilke kognitive undersøgelser, som er valide og reliable til patienter med apopleksi på: www.etf.dk/uploads/tx_subjectdb/bhp_ergoterapeutisk_0111.pdf s. 18 & 19.

Konsekvenser af mangelfuld udredning

Et amerikansk studie fandt, at hvis man ikke brugte en pålidelig og gyldig undersøgelse til kognitiv udredning, overså sundhedspersonalet i gennemsnit mindst et udfald per patient, og 35 pct. af patienterne havde tre eller flere uopdagede udfald. Det kan få alvorlige konsekvenser for patienten, som derved risikerer ikke at få den korrekte genoptræning, som igen kan påvirke den videre rehabilitering. Patienten bliver i værste fald udskrevet til eget hjem med et eller flere uopdagede kognitive udfald og har derfor dårligere mulighed for at klare sig selv. En sådan situation øger behovet for støtte fra de pårørende, som ofte vil tilsidesætte egne behov. Mangelfuld udredning kan på den måde bringe både patienten og de pårørende i en endnu mere sårbar situation, end de allerede er i på grund af apopleksien.

Prioritering af en god patientkontakt

For at en undersøgelse er pålidelig og gyldig, skal den udføres ensartet og struktureret, og undersøgeren skal forholde sig så objektivt som muligt, mens patienten undersøges. Det kan virke modstridende på den ene side at stræbe efter at anvende pålidelige og gyldige undersøgelser, og på den anden side at have et ergoterapeutisk mål om at interagere og tilpasse undersøgelser og behandlinger til den enkelte patient. Ved at interagere og tilpasse den ergoterapeutiske intervention sikres en aktiv patientdeltagelse og en klientcentreret tilgang, der er vigtige ergoterapeutiske værdier. I et dansk kvalitativt studie fra 2010 af Hanne Kaae Kristensen² gav ergoterapeuter udtryk for, at brugen af pålidelige og gyldige undersøgelser vanskeliggjorde etablering af en god patientkontakt. Vores studie viste, at i 51 pct. af tilfældene benyttede ergoterapeuter observation eller semistrukturerede undersøgelser. Dette kunne således tyde på, at ergoterapeuterne prioriterede at lave mindre strukturerede undersøgelser, der gav mulighed for interaktion, klientcentrering samt en god patientkontakt.

Vanskeligt at forene forskning og praksis

Med stigende samfundsmæssige krav om dokumentation er det vigtigt for ergoterapi såvel som andre professioner at implementere evidens i praksis. Brugen af pålidelige og gyldige undersøgelser er en nødvendig del af det evidensbaserede arbejde. Herved opdager man flest mulige udfald, hvilket danner et bedre grundlag for at igangsætte korrekt behandling. Vores resultater synes dog at vise, at der på nuværende tidspunkt ikke findes en passende pålidelig og gyldig undersøgelse til at kognitiv udredning, som både har et kort tidsforbrug og samtidig er anvendelig til patienter med apopleksi i den første udredningsfase. På baggrund af vores fund kunne det derfor være oplagt at udvikle en sådan undersøgelse eller søge inspiration i udlandet med henblik på at få oversat og valideret eksisterende undersøgelser til danske forhold. Den beskrevne anvendelse af valide og reliable undersøgelser i

FAKTA

Denne artikel er udarbejdet med baggrund i bachelorprojektet Ergoterapeutisk undersøgelse af kognitive udfald hos patienter med apopleksi – en kvantitativ tværsnitsstudie fra VIA University College Aarhus, januar 2011. Projektet kan findes på www.vfhj.dk under studenterprojekter.

vores studie tyder på, at det i praksis kan være svært at finde tid og ressourcer til at foretage videnskabelige litteratursøgninger og opdatere praksis efter bedst foreliggende evidens. Der kan forekomme mange barrierer i processen med at implementere evidens i praksis, og der er behov for at udtænke konkrete løsningsforslag hertil. I Hanne Kaae Kristensen' Ph.D. konkluderes det, at der i Danmark er behov for at afsætte midler til bl.a. at ansætte udviklingsterapeuter, som kan fungere som bindeled mellem forskning og praksis. Vi mener, at opgaven med at implementere evidens i praksis fortsat vil kræve meget arbejde. ■



²Hanne Kaae Kristensen (2010): Ph. D. Thesis. Knowledge translation within occupational therapy – aspects influencing implementation of evidence-based occupational therapy in stroke rehabilitation.

Synsvanskeligheder efter hjerneskrader – fortsat et overset tema!

Den 27. og 28. april 2011 holdt Institutet for Blinde og Svagsynede i Hellerup skandinavisk symposium, hvor synsvanskeligheder efter apopleksi var i fokus.

AF ANE KATRINE BECK, FAGLIG KOORDINATOR PÅ HJERNESKADEOMRÅDET, VIHS.

Synsfunktionen er en af de helt grundlæggende forudsætninger for, at rehabiliteringstiltag får en positiv effekt. Hvis synsproblemer ikke opdages, kan de spænde ben for genoptræningen – og de kan samtidig forringe livskvaliteten betydeligt for den ramte. 60-80 pct. af hjerneskraderamte får påvirket synet i forbindelse med deres hjerneskrade¹. Det kan for eksempel være samsynsvanskeligheder, lysfølsomhed, dobbeltsyn², blindhed i dele af synsfeltet³, øjenmotoriske vanskeligheder eller problemer med kontrastsensitivitet⁴.

Af og til er borgeren ikke klar over, at han har fået synsproblemer – men han oplever måske i stedet nogle af konsekvenserne af synsproblemerne, for eksempel en massiv svimmelhed, hovedpine eller træthed.

Kan man genoptræne synet?

I hjerneskrader rehabilitering taler man ofte om, at genoptræning kan medvirke til at skabe nye forbindelser i hjernen, fordi hjernen har en evne til at 'omstrukturere', men i forhold til synet ved man på nuværende tidspunkt meget lidt om hjernens plasticitet. Noget tyder på, at de primære områder⁵ i forhold til synsfunktionen ikke er særligt plastiske, og at det stort set ikke er muligt at skabe nye forbindelser, så synet kan genoprettes – i modsætning til for eksempel en lammet arm eller ben, som af og til kan trænes op til helt eller delvist at kunne bruges igen. En af hypoteserne vedrørende synsrehabilitering er, at man skal arbejde med at bedre de

funktioner, som er intakte – og dermed give borgeren bedre livskvalitet: For eksempel ved at få øjenmotorikken til at fungere bedre eller at udnytte det resterende synsfelt bedre.

Synsrehabilitering i Sverige

Symposiet i Hellerup beskæftigede sig bredt med synsvanskeligheder, dels fra det helt snævre arbejde med prismebriller i forbindelse med hemianopsi⁶ til det helt brede: Tilrettelæggelse af synsrehabilitering som en tværfaglig disciplin. Særligt det sidste tema var interessant, hvis man så med organisatoriske briller på emnet. Arrangørerne havde bl.a. inviteret Ingrid Axelsson, en svensk synspædagog fra Stockholms Synscentral for at fortælle om et større projekt, som netop er sat i søen i Stockholm ud fra principper hentet hos den norske synspædagog Gunvor Wilhelmsen⁷. Her arbejder man med at bedre de intakte synsfunktioner hos personer ramt af hjerneskrade, blandt andet ved at træne den visuelle opmærksomhed og øjenmotorikken. Formålet med projektet er at undersøge, om man faktisk kan afhjælpe nogle af de vanskeligheder, borgerne oplever og afklare, om man fremover skal tilbyde hjerneskraderamte synstræning. Hvis svaret ender med et ja, skal det samtidig afklares hvilke grupper, der skal have tilbuddet.

Den svenske læge Märta Berthold Lindstedt havde et andet interessant indlæg både i plenum og i sin workshop. Hun er ansat ved synsgruppen

på Rehabiliteringsmedicinska Universitetssklinikken i Stockholm, som blev oprettet i 2010. Her er man begyndt at arbejde med synsrehabilitering, som led i den generelle rehabiliteringsindsats, med det formål at give borgeren forståelse for sine synsvanskeligheder og lære at håndtere dem ved hjælp af forskellige strategier. Der trænes intensivt ca. fem timer dagligt, fire til fem dage om ugen i seks til otte uger. Borgeren udredes bredt på stedet af både neuropsykolog, audiologopæd, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Som noget nyt fra 2010 er der særlig bevågenhed på borgerens syn, således at neuropsykologen bidrager i forhold til synsvanskeligheder med fokus på den visuelle opmærksomhed og kognition, logopæden med fokus på læsningen (hastighed og forståelse), og fysioterapeuten observerer på øje/håndkoordination etc. Ergo- og fysioterapeuter i samarbejde med logopæden står for den efterfølgende behandling og træning, som tilrettelægges individuelt ud fra borgerens behov.

¹ Gunvor Wilhelmsen (2005):

Å se er ikke altid nok, Unipub Forlag

² Også kaldet diplopi

³ Fx hemianopsi, hvor halvdelen af synsfeltet forsvinder

⁴ Når øjet har nedsat kontrastsensitivitet, er det sværere for den ramte at skelne mellem objekter – synet bliver ringere.

⁵ I hjernen samles synsindtryk bagtil i hjernen i 'occipitallappen'.

⁶ Hemianopsi vil sige, at man er blind i halvdelen af synsfeltet på begge øjne.

⁷ Se artikel af Hanne Dahl s. 18 i dette blad for en beskrivelse af Wilhelmsens principper.



Foto: Shutterstock

Evidens

Med den evidensbølge vi oplever i Danmark, hvor alle former for behandling skal have en dokumenteret virkning, før nogen vil købe dem, kan man undre sig over, hvordan man kan søsætte så stort et skib i Sverige, på et område hvor der stadig savnes evidens for træningens virkning.

Iflg. Märta Lindstedt er dette ikke noget problem: Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken er en stor offentlig institution – så selvfølgelig er det dem, der skal prøve rehabiliteringstiltag af, som man har en fornemmelse af virker! Det er der selvfølgelig penge til i budgettet, var svaret.

Hvordan skal synet undersøges?

Australske Allison Hayes talte om 'neurological vision impairment' – altså forringelser af synet, som har en neurologisk årsag. En af hendes vigtige pointer var, at synsfunktionen ikke kun kan testes ved et skrivebord, men også må afprøves ude i 'virkeligheden' – fx ved at gå en tur med den hjerneskaderamte og få et reelt billede af, hvordan vedkommende bruger sin synsfunktion. Funktionsevnen afspejles nemlig ikke altid korrekt i de kliniske målinger og test.

Forskellige værktøjer anvendes

Noget af det som dukkede op i samtalerne på de workshops, jeg deltog i, var, hvilke IT-værktøjer man bruger rundt omkring både til udredning og træning

af syn og andre kognitive funktioner. En lang række programmer dukkede op i samtalerne, fx NovaVision, Dyna Vision, Visio Coach, Curictus, Cogpack, Rehacom og Visionbuilder. Interesse-rede kan google navnene og nogle af metoderne kan også ses i anvendelse på youtube. Det er samtidig vigtigt at understrege, at redskaberne kræver korrekt uddannelse og supervision fra specialister i neurorehabilitering.

Træning af sakkadiske øjenbevægelser

Den tyske professor Susanne Trauzettel Klosinski holdt et interessant oplæg på symposiet. Hun og kolleger fra universitetet i Tübingen har udviklet IT-programmet Visio Coach og samtidig lavet forskning, som dokumenterer effekten af træning med redskabet. Ved hjælp af Visio Coach kan man arbejde med at træne de sakkadiske (rykvise) øjenbevægelser, hvilket tilsyneladende kan betyde en bedre udnyttelse af det resterende synsfelt hos de ramte, som får hemianopsi som følge af deres hjerneskade.

Synet er fortsat et centralt tema i rehabiliteringen

I 2008 og 2009 holdt Videnscenter for Hjerneskade to velbesøgte temadage om syn og hjerneskade. Konklusionen var dengang, at synet er noget man bør beskæftige sig langt mere med i rehabiliteringen efter hjerneskader – og konklusionen var den samme på symposiet i Hellerup i 2011. Men der

ligger fortsat meget arbejde i at få den viden bredt ud i de systemer, som har ansvaret for at hjælpe borgeren tilbage på sporet igen, når skaden er sket. Og så mangler der fortsat store studier, som kan give den evidens, som aftagerne efterspørger i Danmark, før arbejdet med synsrehabilitering bliver anerkendt på lige fod med andre former for rehabilitering. ■

FAKTA

Institut for blinde og svagsynede, IBOS, i Hellerup er i gang med at opstarte en klinik til træning af scanningsstrategier, når man har fået et synsfeltstab i forbindelse med en apopleksi. Træningen bygger på systemet NVT (Neuro Vision Technology), som er udviklet i Australien.

Se mere på www.ibos.dk eller kontakt Gitte Thranum Haldbæk, ergoterapeut / O & M-instruktør på gth@ibos.dk.

Se også Fokus nr. 1 2009
"Vi ser med hjernen" (www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1902)
Og se artiklen på næste side.

Kan det være synet?

En ny norsk uddannelse om synsneurologi og synspædagogisk metode så dagens lys i 2010. Et led i uddannelsen er synsudredning af apopleksiramte. Hanne Dahl er en af tre danskere, der har deltaget i uddannelsen og kan herved bringe erfaringer hjem til et dansk felt, hvor synstræning endnu er sin vorden.

AF HANNE DAHL, SYNSKONSULENT, INSTITUT FOR SYN OG HØRELSE, REGION NORDJYLLAND.

"Jeg forstår det simpelthen ikke. Jeg har fået nye, dyre briller, men mit syn er stadig ikke det samme som før. Jeg ser klart nok, men alligevel er det som om, jeg ikke kan regne med det", fortæller 46-årige Sonja. Hun fortæller videre, at hun ikke kan slappe af, når hun læser, og at ting bliver væk for hende på hylden i supermarkedet. At hun fejllæser priser og tror der står 99 kr., når der i virkeligheden står 199 kr. Sonja har heller ikke den samme energi som tidligere og bliver mere stresset, når hun står over for nye opgaver.

Sonja fik en aneurismebrist¹ i hjernen for to år siden, som medførte indskrænkning af synsfeltet og nedsat opmærksomhed mod venstre. Selv om Sonja ingen fysiske mén har af skaden, der har kunnet dække for synsvanskelighederne, har det alligevel været svært for omgivelserne – og ikke mindst hende selv – at forstå, at det var synet, problemerne skulle spores tilbage til.

Når synet driller

Hvis man støder ind i dørkarmen eller snubler over ting, eller man oplever omgivelserne som forvirrende; hvis bogstaverne er blevet uklare, og man overser ting, som andre mener, man burde have set, så er det relevant at stoppe op og stille spørgsmålet: Kan det være synet?

Vi ser med hjernen, derfor rammer skader i hjernen ofte vores synssans. Synet er en kompleks sans, der har enorm betydning for vores dagligdag, og der er forsket meget i hjernens bearbejdning af synsindtryk.

60 procent har synsproblemer

Ifølge førsteamanuensis i specialpædagogik Gunvor Wilhelmsen, kan der registreres synsvanskeligheder af sensorisk, motorisk og/eller perceptuel karakter hos omkring 60 procent af alle apopleksipatienter. Synsvanskeligheder virker negativt ind på flere områder – herunder evnen til at orientere sig, på udholdenhed, koncentration og læsning.

Vanskeligheder med synet overskygges ofte af mere synlige motoriske forstyrrelser, som nedsat funktion i arm eller ben, eller sprogvanskeligheder som afasi. Dette understreger vigtigheden af at synsfunktionen kortlægges for på den måde at kunne iværksætte en målrettet rehabilitering, hvor der også tages højde for skadens eventuelle indvirkning på synet.

Synsneurologi og synspædagogisk metodik

Gunvor Wilhelmsen har arbejdet med kortlægning af synsfunktioner hos hjerneskadede de sidste femten år. Hun har med basis i sin egen og andres forskning oprettet en uddannelse i synsneurologi og synspædagogisk metodik. Uddannelsen blev afviklet for første gang i 2010, og jeg og to andre fra Danmark var så heldige at deltage. Heldige fordi Sonjas sygdomshistorie ikke er enestående. Der er et stort behov for at opnå specialindsigt og øge kompetencen i indsatsen over for personer med synsvanskeligheder som følge af neurologiske skader.

Ifølge Gunvor Wilhelmsen kan personer med synsproblemer efter hjerneskade inddeles i tre grupper:

1. De hvor synsanamnesen stemmer fint overens med de objektive test.
2. De hvor objektive test og undersøgelser viser, at noget er unormalt, men personen selv ikke er opmærksom på det.
3. De hvor der ikke objektivt kan registreres noget unormalt, men hvor personen selv oplever synsvanskeligheder.

Et synsrehabiliteringsforløb baseret på Gunvor Wilhelmsens grundideer bygger på intensiv, målrettet intervaltræning, der hele tiden ligger i skæringspunktet mellem mestring/ikke mestring. Programmet skal være systematisk opbygget og individuelt tilpasset. Indsatsen er baseret på en grundig kortlægning af synsfunktionen ved forløbets start og afslutning.

Det ideelle er, at rehabiliteringen iværksættes inden, personen får indøvet uheldige kompenseringsstrategier, som så senere skal aflæres.

Det er afgørende for resultatet, at træningen opleves som meningsfuld og motiverende, og der skal være tid til evaluering, så øvelserne til stadighed kan gradueres og varieres. Derudover vægtes begrundede instruktioner og fortløbende logbogsregistrering af øvelserne samt øvelsernes effekt.

Sonja var min "uddannelseselev", og hun indvilligede i at "blive udsat for" mine nye kundskaber. Indledningsvis blev Sonjas synsfunktion kortlagt i samarbejde med en øjenlæge og en optiker. Med udgangspunkt i disse objektive fund fik Sonja tilbudt opgaver, der kunne stimulere opmærksomheden mod venstre og undervisning i bevidst brug af skanningsstrategier for at kom-

¹Bristet udposning af blodårer i hjernen.

pensere for det synsfeltsudfald, det viste sig, hun havde. Målet var blandt andet, at Sonja skulle opnå indsigt i, hvordan hendes syn fungerede, og hvilke konsekvenser de synsmæssige forstyrrelser havde for hende. Det var også afgørende, at Sonja blev bevidst om begrænsningen af sit synsfelt og i stand til at flytte blikket effektivt og automatisk.

Sonjas synsrehabiliteringsforløb foregik af praktiske årsager i hjemmet og indeholdt 15 ganges træning af en varighed på 1-1,5 time fordelt over 5 uger.

Programmet var i korte træk opbygget over følgende grundelementer:

Opvarmning, der typisk bestod af lettere øjenmotoriske øvelser med henblik på "at komme til stede" og varme op til de efterfølgende koncentrationskrævende øvelser.

Søgning i stort synsfelt og synfeltsstimulering, hvor målet er gennem forskellige øvelser at øge opmærksomheden mod visuelle stimuli i hele synsfeltet. Der øves scanningsstrategier og arbejdes målrettet på, at Sonja opnår indsigt i synsfeltets udstrækning og på at kunne flytte blikket effektivt og automatisk.

Læsning, øjenbevægelser, hastighed og søgning i lille synsfelt med henblik på at Sonja kan benytte målrettede

øjenbevægelser og herved opnå sikkert linjeskift, højere læsehastighed og færre fejllæsninger.

Orientering i rum for at opnå en scanningsstrategi, der også fungerer i mere komplekse sammenhænge som på gaden eller i butikker.

Evaluerings, hvor øvelserne blev opsummeret med gentagelse af, hvad de gjorde godt for. Målet var at Sonja kunne reflektere over sit handlemønster og danne strategier for tackling af synsmæssige udfordringer. Øvelserne blev kontinuerligt justeret i form af øget kompleksitet, tempo og distraktionsgrad.

Sonja ønskede allerede tidligt i forløbet hjemmeopgaver, hvilket dog måtte vente til Sonjas bevidsthed om brug af øjenbevægelser frem for hoveddrejning ved nærarbejde var så god, at det var hensigtsmæssigt at lade hende arbejde på egen hånd.

Takket være Sonjas motivation og ihærdige træning og en målrettet og intensiv synspædagogisk indsats er hendes tidsforbrug i supermarkedet nu blevet halveret. Hun ser sjældnere forkert på prissedlen, og læsehastigheden og ikke mindst læseforståelsen er øget. Sonja skal stadig være meget opmærksom på "sin venstre side", men hun kan igen varetage sine daglige aktiviteter – herunder passe et deltidsjob. Sidst

men ikke mindst er Sonjas indsigt i vanskelighederne øget.

Ingen kan stå alene

Erhvervet hjerneskade kan føre til funktionsvanskeligheder både fysiologisk, kognitivt og emotionelt. Symptombilledet er mangefacetteret, og det kræver specialindsigt og viden at skelne mellem årsagerne til symptomerne. Der er for mig ingen tvivl om, at en effektiv og hensigtsmæssig indsats over for den hjerneskadede bygger på en tværfaglig tilgang med repræsentation fra alle relevante specialer.

Forløbet med Sonja har vist, at det nytter med en synspædagogisk indsats. Men indsatsen skal altid tilpasses det enkelte individ og varetages af specialister med særlig indsigt i det synsmæssige og neurologiske område.

Uddannelsen under ledelse af Gunvor Wilhelmsen er et væsentligt bidrag til, at synspædagogen kan tilbyde en højt specialiseret og målrettet rehabiliteringsindsats. Håbet er, at apopleksiramte fremover vil blive henvist til øjenlæge allerede under indlæggelsen, så rehabilitering af synet kan gå hånd i hånd med de øvrige rehabiliteringstiltag i forhold til den enkelte. ►



Fakta om den synspædagogiske uddannelse

Uddannelsen strækker sig over et år og er målrettet fagpersoner, der har en synspædagogisk grunduddannelse og foregår delvist netbaseret. Der er fire ugesamlinger i Bergen med fællesforelæsninger, praktiske øvelser i kortlægning og udarbejdelse af en plan for rehabiliteringsindsatsen. Uddannelsen giver 30 ECTS-point.

Der lægges vægt på, at rehabiliteringstiltagene skal bygge på forskning og målet er, at den studerende ved uddannelse har opnået:

- Synsneurologisk kompetence og indsigt i synsvanskeligheder ved forskellige neurologiske sygdomme og skader
- Kundskab og indsigt i øjets motorik, synets sensoriske kvaliteter og visuel perception
- Evne til at redegøre for synsvanskelighedernes konsekvenser for læring og udvikling samt redegøre for påvirkning på læsning, daglige aktiviteter og orientering i rum
- Kompetence i kortlægning af synsfunktion og behov for tiltag ved visuelle forstyrrelser
- Kompetence i visuelle kompenseringstrategier ved læsning og orientering
- Kompetence i metode til synsfeltsstimulering.

Første og anden samling er koncentreret om synspædagogens rolle i forhold til udredning/kortlægning ved neurologiske vanskeligheder hos henholdsvis voksne og børn.

Af emner man kommer i berøring med gennem uddannelsen kan nævnes: anamnesen som redskab, synets neurologi, visuel opmærksomhed, hvad kan en visustest afsløre, konsekvenser af øjenmotoriske vanskeligheder, diffuse synsforstyrrelser, visuelle krav til læsning, neuropsykologens arbejde, synsfeltets kvaliteter, lovstof m.m.

Tredje og fjerde samling omhandler synspædagogiske rehabiliteringsmetoder

i forhold til børn, unge og voksne med synsvanskeligheder efter neurologisk sygdom. Her er emnerne bl.a. skanningsteknikker i forhold til orientering, tiltag ved læsevanskeligheder, metoder ved visuel neglekt, selvindsigt og omsætning af forskningsteori til praksis m.m.

Alt teori er praksisrelateret og den studerende gennemfører kortlægning og rehabiliteringsindsats over for en hjerneskadet i praksis. Der afsluttes med to skriftlige eksamener.

Udover relevante neurologiske opslagsværker samt forskningsartikler er der taget udgangspunkt i Josef Zihls bog "Rehabilitation of Visual Disorders After Brain Injury", 2000 og Gunvor B. Wilhelmsens "Å se er ikke altid nok", 2003. Uddannelsen starter igen i efteråret 2012.

Se mere på: www.hib.no/studier/studie.asp?studieID=B30SYN2 ■

FAKTA

"Kan det være synet?" er titlen på en informationsvideo af førsteamanuensis i specialpædagogik Gunvor B. Wilhelmsen, Høgskolen i Bergen med undertitlen Neurologiske synsvansker, oplæring og rehabilitering. Videoen præsenterer to voksne og to børn med synsvanskeligheder på grund af neurologiske lidelser. Filmen kan ses på flg. link: www.hib.no/aktuelt/nyheter/2010/10/synsvansker-video.asp

Se endvidere om Institut for Syn og Hørelse, Region Nordjylland på: www.synoghoere.rn.dk

.....
Fokus 1 2009 har synet som tema: "Vi ser med hjernen" og kan ses på: www.vfhj.dk/default.asp?PageID=1902



Foto: Inger Lundsten

På billedet ses Hanne Dahl vise en opgave af typen "Find 5 fejl" – et praktisk og motiverende eksempel på en skanningsopgave.

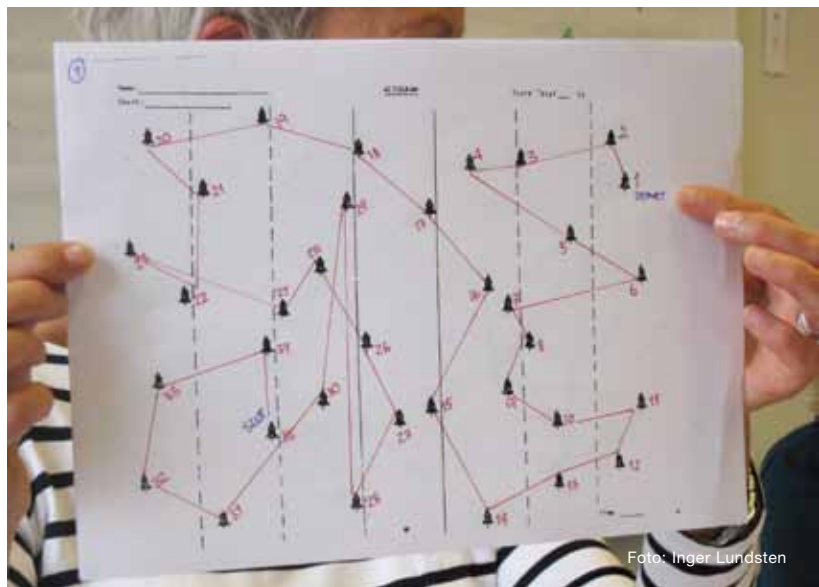


Foto: Inger Lundsten

Registreringsark der viser et søgemønster ved gennemførelse af Bells test. Testen er en kvalitativ og kvantitativ evaluering af visuel neglekt.

Udbredelse af neuropædagogisk viden på Lundebo



Inge Marie
Jacobsen

- med inspiration hentet fra dvd'en "Styrk din Neurofaglighed" med Dorthe Birkmose.

AF INGE MARIE JACOBSEN, LEDER AF AKTIVITET-TRÆNING- OG DAGCENTRET, TOVE MADSEN OG MARIANNE KEINICKE
BOAFDELINGERNE, SPECIALCENTRET LUNDEBO, DIANALUND.

Specialcentret Lundebo i Dianalund er et botilbud for yngre mennesker med senhjerneskade samt psykiatriske diagnoser.

I 2010 deltog tre afdelingsledere fra Lundebo i den et-årige neuropædagogiske efteruddannelse, tilrettelagt af Dorthe Birkmose. Som specialcenter lægger vi stor vægt på at være opdateret på den nyeste viden. Formålet med at sende lederne af sted var at få en opdateret viden om neuro-pædagogik og for at vurdere om uddannelsen kunne være et kursustilbud, som vi kunne have glæde af at sende medarbejderne på. Desuden vil vi gerne sikre, at medarbejdere fra Lundebo efterfølgende får den fornødne opbakning i forhold til den viden, de har fået fra uddannelsen, når de skal implementere den i Specialcentrets dagligdag.

Afdelingslederne konkluderede, at den neuropædagogiske tankegang var den rigtige for Lundebos målgruppe, og efter endt uddannelse gik vi i gang med en uddannelsesplan for husets medarbejdere.

Foreløbig er de næste to år frem planlagt. Vi sender fire medarbejdere af sted på uddannelse pr. år, men da vi er mere end 100 medarbejdere på Lundebo og vi mener det er nødvendigt, at alle skal have en vis basisviden om neuropædagogik for at arbejde her på stedet, har vi desuden udarbejdet et undervisningsprogram, hvor de tidligere deltagere på uddannelsen står for undervisningen.

Vi har desuden nedsat en erfa-gruppe med deltagelse af ledergruppen og de personaler, som er på uddannelse nu. Formålet med denne gruppe er udveksling af viden og ajourføring af ny neuropædagogisk viden. Desuden kan medarbejdergruppen forelægge problematikker, som denne gruppe vil drøfte og komme med tilbagemeldinger på.

Neuropædagogisk basiskursus

I marts 2011 startede vi det første neuropædagogiske basiskursus. Deltagerne havde meget forskellige faglige baggrunde – lige fra altmuligmand og køkkenpersonale til sundhedspersonale. Underviserne tog udgangspunkt i den viden, de havde fået på efteruddannelsen, samt dvd'en "Styrk din Neurofaglighed", hvor neuropsykolog Dorthe Birkmose medvirker. På dvd'en tages der udgangspunkt i tre hovedemner:

1. Afklaring af neuropædagogiske begreber."
2. Tolkninger af adfærd
3. Neuropædagogiske strategier.

Kurset strakte sig over tre gange á fire timer. Hver kursusdag tog udgangspunkt i et af emnerne fra dvd'en efterfulgt af oplæg fra underviserne, gruppearbejde samt debatter i plenum, hvor vi tog afsæt i samarbejdet i dagligdagen og de strategier, vi iværksætter i forhold til beboerne på Lundebo.

I evalueringen tilkendegav kursisterne, at de havde fået ny viden i forhold til at arbejde med hjerneskadede mennesker og en ny og mere faglig forståelse for

beboernes kognitive forstyrrelser. De havde været meget glade for Dorthe Birkmoses indlæg på dvd'en, og flere kursister havde haft "aha"-oplevelser og syntes, de var blevet klædt bedre på til at klare arbejdet med de hjerneskadede borgere.

Dorthe Birkmoses dvd vil hele tiden være i fokus på Lundebo, da indholdet er så grundlæggende, at man ikke kan se den for tit. Hver gang man ser den, ser og forstår man ting, man ikke forstod tidligere.

Foreløbig har vi planlagt to kursusforløb mere i 2011 og fortsætter med flere kurser i 2012. I forbindelse med afvikling af det første kursusforløb kom kursisterne med et ønske om en overbygning på grundforløbet, så det bliver nok det næste, vi sætter i gang. ■

FAKTA

"Styrk din neurofaglighed" med neuropsykolog Dorthe Birkmose udgivet af Videnscenter for Hjerneskade 2009.

Dvd'en kan bestilles via Servicestyrelsen.dk > Publikationer > søg på Dorthe Birkmose. Den er gratis. Forsendelsesgebyr: 32 kr.

Prioritér evalueringsmidlerne!

Brug midlerne dér, hvor de gør størst nytte, og husk at få afklaret, hvad det er der skal opnås med evalueringen. For ellers kan det koste dyre skattekrone, som ikke får nogen praktisk betydning, mener specialkonsulent i Servicestyrelsen, Carsten Strømbæk Pedersen.

AF CHALOTTE GLINTBORG, FAGLIG KONSULENT PÅ HJERNESKADEOMRÅDET, VIHS.

Er evaluering altid godt eller evaluerer vi, fordi det plejer man at gøre? En ny tendens stiller mere kritiske spørgsmål ved evaluering. Tendensen hedder "Evaluability Assessment"¹ (EA) eller "evaluerbarhedsvurdering". Evaluability Assessment er en insisteren på, at borgernes skattekrone forvaltes omkostningseffektivt, og at der derfor ikke skal foretages evalueringer af offentlige indsatser (projekter, puljer, programmer, organisationer, politikker), som ikke er evaluerbare.

Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri afholdt i juni 2011 en temadag for hjerneskadekoordinatore under overskriften Evaluering af koordination. Carsten Strømbæk Pedersen, der har forsket i evaluering og som er ansat i Servicestyrelsens metodeenhed, kastede et skarpt lys på evaluering ud fra perspektivet "evaluerbarhedsvurdering".

Evaluering er formentlig lige så gammel som den menneskelige race, der stammer fra den tid, hvor mennesket først lavede en vurdering af, hvorvidt det at bygge bål og bruge våben hjalp dem til at overleve. De seneste 40-50 år er evalueringsfeltet vokset eksplosivt. Hvor evaluering tidligere handlede om at forbedre livsvilkår – "evaluating for social betterment" – bruges evaluering i dag i langt bredere forstand og med flere formål. Evaluering er gået fra at være et specifikt gode til at være et alment gode – godt i alle situationer og til enhver tid!

Før du evaluerer

Evaluability Assessment dukkede første gang op i 1970'erne og var oprindeligt tænkt til at forbedre indsatser og spare værdifulde evalueringsressourcer, der kunne have været spildt ved at evaluere. Tanken er, at, før man overhovedet går i gang med en evaluering, er det en god ide at stille sig nogle spørgsmål:

Er vi overhovedet klar til evaluering? Er der en klar beskrivelse af indsatsen (koordinationen)?

Er indsatsen implementeret? Er der klare forestillinger om, hvordan indsatsen skal virke? Er der velbeskrevne mål for indsatsen? Er relevante data tilgængelige? Er nogen klar til at tage en konkret beslutning eller gøre noget anderledes på baggrund af evalueringen?

Kan man svare nej til ovennævnte spørgsmål, er anbefalingen at bruge pengene på f.eks. at få indsatsen implementeret!

Hvad er dét, der virker, i koordination?

I flere rapporter, blandt andet Sundhedsstyrelsens MTV² på hjerneskadeområdet og de nyligt udkomne løbsprogrammer³, peger anbefalingerne på, at der bør ske en koordinering af indsatsen på hjerneskadeområdet. Flere kommuner er allerede godt i gang med koordinering ud fra forskellige modeller, og som en naturlig følge heraf ønsker flere nu at evaluere på effekten af den koordinerende indsats.

Det er dog vigtigt at overveje, hvorfor man vil evaluere, og hvad det er, man ønsker at opnå. Hvis man er uklar på formålet, kan risikoen være, at det, der var tænkt som en "uskyldig" tilfredshedsmåling, bliver brugt som løftestang til at spare koordinationen væk. Formålet skal altså være nøje overvejet og eksplicit, således at evalueringer, der har et udviklingssigte, ikke fejlagtigt bliver læst i et kontrolperspektiv.

Der er flere udfordringer i forhold til at evaluere på koordination: For eksempel findes der i kommunerne ikke entydige formålsbeskrivelser for koordinationen. I de eksisterende formålsbeskrivelser, står der flere steder, at formålet med at koordinere er at sikre sammenhæng i indsatsen. Sammenhæng i indsatsen er imidlertid en meget diffus størrelse at evaluere på og er ikke et mål i sig selv, men snarere et middel til at opnå noget andet. Og hvad er effekten/målet med koordination?⁴

Der er endvidere så stor variation i de kommunale koordinationsmodeller, at det ikke vil være muligt at formulere et overordnet og tværkommunalt formål med koordination, da det vil være forskelligt fra kommune til kommune. Er formålet med koordinatorene eksempelvis, at de skal være borgerrettede? Eller skal de fungere på et mere overordnet plan og sikre overblik og højne den neurofaglige viden? Er formålet på længere sigt, at koordinatoren får systemet til at fungere af sig selv, så vedkommende med tiden overflødiggør sig selv?

En samlet evaluering på koordination i kommunerne vil, ifølge Carsten Strømbæk Pedersen, derfor være problematisk, da der er så stor variation i de kommunale koordinationsmodeller både med hensyn til indsats og ønskede effektmål.

Evalueringsplan

Såfremt den enkelte kommune beslutter sig for, at den er klar til evaluering, er det vigtigt, at der laves en meget detaljeret evalueringsplan⁵. Planen skal beskrive, hvordan evalueringen af et givent genstandsfelt skal ske og ud fra hvilket perspektiv: borgerens, de fagprofessionelle eller koordinatorens?

En evalueringsplan kan se ud som nedenstående. Formålet med evalueringsplanen er at få et overblik og et styringsredskab i forhold til hele evalueringsarbejdet:

1. Sigte og anvendelse – hvad skal evalueringen bruges til, af hvem og hvornår?
2. Organisation – hvordan skal evalueringen organiseres?
3. Evalueringsspørgsmål – hvilke spørgsmål er helt centrale at få besvaret? En beskrivelse af, hvad der skal evalueres, og hvilke værdier der skal lægges til grund for evalueringen.
4. Ressourcer – hvilke ressourcer er der til rådighed (tid, energi og kompetencer)?
5. Metodevalg – hvad skal man vide, hvilke data besvarer dette? Hvordan skaffer man og analyserer disse data? Alt afhængig af perspektiv får man noget forskelligt at vide om genstandsfeltet – eks. koordination.
6. Kommunikation – hvordan skal resultaterne formidles? I hvilken form, til hvem og hvornår?
7. Retningslinjer – hvilke retningslinjer vil man overholde i evalueringsarbejdet, fx etisk kodeks? Anonymisering?
8. Tidsplan – hvem gør hvad, hvornår? Skriv det ned!

Evalueringsmodeller

Der findes mange forskellige evalueringsmodeller; på temadagen fremlagde Carsten Strømbæk Pedersen tre modeller:



Carsten Strømbæk Pedersen
Specialkonsulent i Servicestyrelsen.

1. Målopfyldeelsevaluering
Målopfyldeelsevaluering ser på, hvorvidt vi har indfriet vores mål ud fra en given indsats/ydelse (koordination). Fordelen ved målopfyldeelsevaluering er, at den realitetstester, om vi når de mål, vi stiller os. Ulemperne er derimod, at den mørklægger processen og ikke ser eller medtager bieffekter.
2. Brugerorienteret evaluering
Brugerorienteret evaluering måler direkte på, hvordan brugerne oplever en given indsats/ydelse (koordination), ud fra deres perspektiv. Brugerevaluering vinder mere og mere indpas. Fordelen ved brugerorienteret evaluering er, at den kan sikre viden om, hvordan en indsats virker på en målgruppe. De fleste professionelle synes i teorien, at brugerevaluering er godt, men når det kommer til brugerevaluering i praksis – hvad sker der så, når brugerne konkret udfordrer os på dét, der hidtil har været vores faglige praksis? Det spørgsmål står ubesvaret tilbage.
3. Virkningsevaluering
Virksomhedsevaluering evaluerer på, hvorvidt de arbejdsformer og organisationsformer, vi har valgt i

praksis, er medvirkende til at realisere vores forventninger til indsatsen/ydelsen (koordination)? Fordelen ved virkningsevaluering er, at denne form for evaluering medtænker processen mellem indsats og ønskede resultater og samtidig medtager bieffekter.

Forløbsprogrammer på hjerneskadeområdet

I juni 2011 udkom forløbsprogrammer på hjerneskadeområdet (børn og voksne)³, der bl.a. beskriver krav og anbefalinger om evaluering af indsatser – herunder koordination – for løbende at kunne dokumentere resultater og sikre en udvikling i den rigtige retning. Evaluering kan mange ting, afslutter Carsten Strømbæk Pedersen, men vi har en forpligtigelse til at stille de kritiske spørgsmål, gøre forarbejdet godt og være med til at sikre, at ressourcerne bruges rigtigt, så vi ikke spilder borgernes skattekrone på at evaluere ikke-implementerede og velbeskrevne indsatser. ■

¹Smith, M.F. (1989): Evaluability assessment: A practical approach. Kluwer Wholey, J.S. (1987): Evaluability Assessment: Developing agreement on goals, objectives and strategies for improving performance. In J. Wholey (ed.), organizational excellence: stimulating quality and communicating value. Heath.

²Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering, udgivet af Sundhedsstyrelsen 2011.

³www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2011/Rehabilitering-Hjerneskade.aspx

⁴Hanne Kathrine Krogstrup (2011): Kampen om evidens, Hans Reitzels Forlag

⁵Peter Dahler-Larsen, Vibeke Normann Andersen, Kasper Møller Hansen og Carsten Strømbæk Pedersen (2003): Selvevalueringens hvide sejl. Syddansk Universitet. Peter Dahler-Larsen og Hanne Kathrine Krogstrup (2003): Nye veje i evaluering. Akademisk Forlag (academica)

Klubber for hjerne-skadede med fokus på beskæftigelse

Fra satspuljen er der over fire år indtil år 2014 afsat 60 mio. kr. til at tilbyde beskæftigelse for mennesker med erhvervet hjerneskade.

AF FULDMÆGTIG ANNE SOPHIE SANDSTØD NIELSEN, HANDICAPENHEDEN, SERVICESTYRELSEN.

I Slagelse, Hjørring, på Lolland, i Odense og i Ålborg Kommune er etableringen af fem arbejdsrehabiliteringsklubber for hjerneskadede i fuld gang. Målet med klubberne er at støtte mennesker med erhvervet hjerneskade til et aktivt liv med meningsfuld beskæftigelse.

Arbejdsrehabiliteringsklubberne er et ambitiøst projekt, som sætter fokus på hjerneskadedes behov for en fleksibel, individuel og koordineret indsats. Helt centralt er også, at målet med rehabiliteringsindsatsen er meningsfuld beskæftigelse uden for klubben. Klubbernes store potentiale er, at de i fase tre og fire af rehabiliteringen efter skadens opståen kan tilbyde en målrettet beskæftigelsesfokuseret indsats. En indsats, hvor der er det nødvendige rum for en sammenhængende og helhedsorienteret rehabilitering med fokus på de individuelle behov og ressourcer hos den enkelte.

Klubberne ser dagens lys med tilskud fra satspuljen og vil i opbygningen følge en central model for arbejdsrehabiliteringsklubber, udviklet af Servicestyrelsen. Modellen for klubberne er inspireret af clubhouseprincipperne¹ og projekt HovedHuset² på Frederiksberg, som er en klub for voksne med erhvervet hjerneskade med fokus på beskæftigelse.

Baggrund

En gruppe danskere i den erhvervsaktive alder rammes hvert år af en

hjerneskade. Mange borgere i fase tre og fire af deres rehabilitering er fortsat uafklarede i forhold til beskæftigelse eller opnår slet ikke beskæftigelse efter genoptræningen og de øvrige rehabiliteringsindsatser. Der er som følge heraf risiko for, at borgere med hjerneskade marginaliseres.

Erfaringer fra clubhouse-modellen viser, at borgere med erhvervet hjerneskade gennem clubhouse-indsatsen kan opnå værdifuld støtte til et aktivt liv med beskæftigelse. Et af de steder, hvor man har erfaringer med arbejdsrehabilitering for personer med hjerneskade er Hjerneskadeforeningens projekt HovedHuset, der har eksisteret siden 2006. HovedHuset tager afsæt i clubhouse-modellen og er etableret som et clubhouse med medlemmer, hvis arbejdsindsats udgør en afgørende del af husets daglige drift.

Clubhouse-modellen er oprindeligt udviklet på psykiatriområdet og bygger på værdierne ligeværd, medindflydelse, frivillighed, arbejdsfællesskab samt fokus på ressourcer. HovedHuset er et eksempel på tilpasning af clubhouse-modellen til hjerneskadeområdet.

For personer med en erhvervet hjerneskade kan rehabiliteringsprocessen være langstrakt, kompliceret og sjældent forudsigelig. Erfaringerne fra HovedHuset viser, at man igennem arbejdsfællesskabet i klubben kan til-

byde borgeren afklaring og træning af en række funktioner. Derudover kan tilbuddet forebygge tab af funktioner og selvværd hos borgeren. Tilbuddets beskæftigelsesrettede sigte og virksomhedsrettede indsats understøtter aktivt borgernes mulighed for beskæftigelse.

Satspuljepartierne ønskede at udbrede erfaringerne fra Hjerneskadeforeningens projekt HovedHuset på Frederiksberg og give mulighed for etablering og udvikling af nye målrettede tilbud til voksne med erhvervet hjerneskade baseret på clubhouse-principperne.

Satspuljepartierne afsatte således for satspuljen 2010 over fire år i alt 60 mio. kr. til "Arbejdsrehabiliteringsklubber for voksne med erhvervet hjerneskade". Heraf har Slagelse, Lolland, Odense, Ålborg og Hjørring Kommune via en ansøgningspulje opnået tilskud på i alt 47 mio. kr. i 2011-2014 til at etablere, afprøve og udvikle arbejdsrehabiliteringsklubberne efter en central model udviklet af Servicestyrelsen. De fem kommuner bidrager selv med stigende medfinansiering.

Initiativet udmøntes af Socialministeriet, og Servicestyrelsen yder i denne forbindelse støtte til implementeringsprocessen i klubberne. Servicestyrelsen er endvidere ansvarlig for en fælles evaluering af klubbernes erfaringer, resultater og effekt.

¹www.fountain-house.dk ²Se mere på: www.hovedhuset.dk



Foto: Shutterstock

Formålet med arbejdsrehabiliteringsklubberne

Formålet med arbejdsrehabiliteringsklubberne er at støtte rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade i forhold til arbejdsmarkedet, social mestringsevne og hverdagsliv. Målet er at støtte dem til et aktivt liv med meningsfuld beskæftigelse.

Meningsfuld beskæftigelse omfatter i denne sammenhæng tilknytning til arbejdsmarkedet på ordinære eller støttede vilkår, beskyttet beskæftigelse eller beskæftigelse i frivillige organisationer og lignende.

Arbejdsrehabiliteringsklubberne kan udgøre et tilbud i fase tre til fire af rehabiliteringen af personer med hjerneskade, men erstatter ikke den kommunale genoptræning og andre dele af rehabiliteringsindsatserne for personer med erhvervet hjerneskade. Arbejdsrehabiliteringsklubberne kan derimod understøtte de traditionelle rehabiliteringsindsatser. Desuden kan de udgøre et aktivitetstilbud, og de skal have et beskæftigelsesrettet sigte, der kan støtte borgere med erhvervet hjerneskade til et aktivt liv med beskæftigelse.

Modellen for arbejdsrehabiliteringsklubberne

De fem kommuner skal følge den centrale modelbeskrivelse for arbejdsrehabiliteringsklubberne udviklet af Servicestyrelsen. Modellen for klubberne er blandt andet inspireret af Hovedhuset

og clubhouse-principperne. Derudover tager modellen afsæt i erfaringerne fra hjerneskadeområdet generelt, der peger på behovet for en sammenhængende, helhedsorienteret og individuelt tilrettelagt indsats i rehabiliteringsindsatsen efter en erhvervet hjerneskade.

Modellen indeholder følgende grundelementer:

- Arbejdsrehabiliteringsklubberne skal bygge på de grundlæggende værdier i clubhouse-modellen: Mediindflydelse, ligeværd, arbejdsfællesskab, frivillighed samt fokus på ressourcer frem for begrænsninger. Værdisættet skal integreres i alle klubbens aktiviteter og organisering.
- Arbejdsrehabiliteringsklubberne skal have fokus på meningsfuld beskæftigelse og skal derfor bidrage til målrettet træning og afklaring af borgerne samt yde støtte og opfølgning til beskæftigelse uden for klubben eller et aktivt hverdagsliv uden for klubben.
- Arbejdsrehabiliteringsklubberne skal bygge på en koordineret rehabiliteringsindsats, hvilket stiller krav til såvel de ansvarlige kommuner som arbejdsrehabiliteringsklubberne i forhold til synlighed, samarbejde og inddragelse af relevant faglig ekspertise i det nødvendige omfang.
- Arbejdsrehabiliteringsklubberne skal sikre en individuelt tilrettelagt indsats for borgeren, som skal inddrages aktivt i tilpasningen af indsatsen.

Klubbens konkrete tilbud og opgaver skal tilgodese muligheder for individuel tilpasning og der skal ske en løbende vurdering sammen med den enkelte borger af, om klubbens tilbud modsvarer borgerens behov og målsætninger.

- Arbejdsrehabiliteringsklubberne skal sikre den nødvendige tid og rum for de hjerneskadedes rehabilitering til meningsfuld beskæftigelse, og forløbet i klubberne er derfor ikke på forhånd tidsafgrænset. Tidsafgrænsningen beror i stedet på, i hvilket omfang klubbens indsats modsvarer den enkelte borgers behov og målsætninger.

Modellens elementer sætter således de overordnede rammer, og den understreger, at der er tale om mere end bare en klub. Arbejdsrehabiliteringsklubberne er et mål (meningsfuld beskæftigelse), en metode (clubhouseværdierne), en kontekst (koordineret rehabilitering), et redskab (individuel tilrettelæggelse) og en forudsætning (tid og rum for rehabiliteringen). ■

FAKTA

Man kan læse mere om arbejdsrehabiliteringsklubber og hente den fulde modelbeskrivelse på dette link: www.servicestyrelsen.dk/handicap/arbejde/arbejdsrehabiliteringsklubber

Meningsgivende aktiviteter for hjerneskadede patienter

Der er ikke noget nyt i, at pædagoger arbejder inden for hjerneskadeområdet, men at der allerede under hospitalsindlæggelsen ydes en pædagogisk indsats til den nyskadede patient, er måske de færreste klar over.

AF KARINA STRUVE, SOCIALPÆDAGOG M.FL., AFDELING FOR HØJT SPECIALISERET NEUROREHABILITERING/TRAUMATISK HJERNESKADE 123, HVIDOVRE HOSPITAL, UDEFUNKTION FOR GLOSTRUP HOSPITAL.

Den nyligt offentliggjorte MTV-rapport inden for neurorehabilitering viser, at det har stor betydning, at personer med hjerneskade bliver inddraget tidligt i rehabiliteringen, fordi det giver dem større egenkontrol, hjælper dem til at opnå deres mål og øger deres tilfredshed¹.

Patienten

På Afdeling for Højt Specialiseret Neurorehabilitering/Traumatisk Hjerneskade er der ansat tre pædagoger, som kan indgå i træningen af patienterne under deres indlæggelse. Formålet med den pædagogiske indsats er at give patienten mulighed for at genvinde størst mulig egenfunktion og indsigt. Patientens første møde med pædagogen, sker på baggrund af henvendelse og information fra patientens interprofessionelle team af fagfolk. Ved den første kontakt til patienten, fokuseres der på, hvordan patienten kan kommunikere og er i stand til at samarbejde. Patienten har ofte sproglige, kommunikative og svære kognitive forstyrrelser, og det er derfor nødvendigt, at patienten i et vist omfang kan samarbejde, hvis den pædagogiske træning skal være meningsfuld og give udbytte. Information og viden om patienten fås også gennem samtale med de

pårørende, hvilket også er vigtigt for, at pædagogen kan tilbyde relevante aktiviteter. Pædagogen kan give støtte, tilpasset patientens funktionsniveau, så det bliver muligt for patienten at inddrage tidligere interesser og eventuelt ad den vej også præsentere nye muligheder. Tidligt i forløbet har patienten ofte et stort behov for søvn og hvile, og det er derfor nødvendigt at pædagogen planlægger aktiviteten som et individuelt og fleksibelt tilbud.

Til hver patient tilknyttes et team bestående af læge, plejepersonale, fysioterapeut, ergoterapeut, neuropsykolog, socialrådgiver – og ved behov – logopæd og socialpædagog. I afdelingen arbejdes med interprofessionel læring, som betyder at alle faggrupper lærer med, af og om hinanden.

Tilbud om meningsgivende aktiviteter

Den pædagogiske opgave i arbejdet med den enkelte patient er, på baggrund af patientens motivation og lyst til medvirken, at inddrage patienten i aktiviteter, der giver mening for ham. Det er helt afgørende for den pædagogiske indsats, at der etableres en positiv kontakt til den ramte, for at patient og pædagog i samarbejde kan

finde frem til, hvilke aktiviteter der er relevante og meningsbærende. Den uformelle kontakt til den indlagte er også vigtig og kan foregå i samvær med patient og pårørende over en kop kaffe i afdelingens opholdsstue. Gennem relevante aktiviteter kan pædagogen medvirke til at skabe de nødvendige rammer for, at patienten kan bruge og genfinde sine ressourcer og på den måde komme til at opleve selv-værd og fremgang i en periode, hvor patienten også konfronteres med tab af færdigheder og funktioner. Det er afgørende, at pædagogen giver patienten den fornødne støtte og feedback til at lykkes med aktiviteten, så den hjerneskaderamtes selvopfattelse og oplevelse af egenkontrol kan styrkes.

Aktiviteter

De individuelle aktiviteter spænder vidt, men kan for eksempel være at male, se på kunst i hospitalets vandrehal, høre musik, bruge computer eller deltage i biblioteksbesøg. Aktiviteterne kan også være et forløb over længere tid, hvor der for eksempel søges oplysninger om et aktuelt emne og planlægges en tur ud af huset. I afdelingen har vi udover de individuelle tiltag også faste ugentlige gruppeaktiviteter med tilbud om at deltage i sang/musik, af-

¹Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering; Hovedrapport © Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation (2011).



Socialpædagog Karina Struve er her i færd med at hjælpe en patient med at vælge et musikonske som led i en af gruppeaktiviteterne.

Foto: Stina Lundin

spænding, malegruppe, banko-spil, brætspil/Wii-spil m. fl. De pårørende har mulighed for at deltage i enkelte af disse aktiviteter.

Patientens udbytte

Når to eller flere patienter har haft godt udbytte af samspillet med hinanden i gruppetræningen og søger hinandens selskab i tiden uden for gruppen, forsøger pædagogen at styrke og udbygge det uformelle samvær yderligere ved at inddrage og planlægge andre fælles aktiviteter i form af museums-, café- eller biografbesøg. Under den lange indlæggelse og det intensive rehabiliterings-

forløb, er det ikke ualmindeligt, at den enkelte patient udfordres af sin egen situation, motivation, sygdomsindsigt eller andet. Her opleves det som en positiv sideeffekt, at opleve et socialt fællesskab med andre medpatienter, hvor man kan give og modtage gensidig støtte.

På ture udenfor hospitalet har pædagogen mulighed for at observere patientens funktion under andre vilkår end i afdelingen. Når to pædagoger tager afsted med to til tre patienter, hvor også det sociale samvær dyrkes, opstår der mange situationer, som kan udfordre den enkelte. Det er vigtigt, i umiddelbar forlængelse af aktiviteterne, at den enkelte patient får en tilbagemelding på blandt andet adfærd, deltagelse og funktionsniveau. En relevant feedback, som den enkelte kan bruge i det videre træningsforløb under indlæggelsen.

Pædagogerne arbejder tæt sammen med andre faggrupper i tilrettelæggelsen og udførelsen af gruppe-aktiviteter. Som et eksempel kan nævnes et samarbejde med ergoterapeuter, hvor patienten kan deltage i aktiviteten "Orienteringsløb". Her er formålet at udvikle og styrke samspillet mellem de deltagende patienter og skabe mulighed for fysisk,

kognitiv og social træning på en relevant og udfordrende måde. Patienterne deles op på to hold, og målet er, at det enkelte hold skal samarbejde om at løse forskellige opgaver, der er lagt ud i afdelingen, og som findes ved hjælp af et oversigtskort. Opgaverne kan f.eks. være at gætte dufte på forskellige krydderier og lignende, løse opgaver med synsbedrag, lægge brikker på skift efter skabelon uden at tale sammen og at spille keglespil. Disse aktiviteter er blevet tilbudt patienterne i over et år og udvikles fortløbende både i forhold til indhold og ramme. Gennem samarbejdet i aktiviteterne lærer de involverede faggrupper af hinanden, hvilket også styrker tilgangen til patienterne.

Patienterne er indlagt på afdelingen over en lang periode, og det lange forløb giver god mulighed for at støtte nye læringsstrategier og erkendelsesprocesser efter hjerneskaden. Pædagogerne har gode erfaringer med at inddrage patienten tidligt i forløbet, når han kan blive en aktiv medspiller i egen rehabilitering. På den måde kan patienten bedre opnå større egenkontrol og indsigt. ■

FAKTA

Afdeling for Højt Specialiseret Neuro-rehabilitering/Traumatisk Hjerneskade, Glostrup Hospital, udefunktion på Hvidovre Hospital, modtager patienter med svær traumatisk hjerneskade (trafikulykke, vold m.m.) og tilgrænsende lidelser (drukneulykker, hjerneblødninger, hjertestop m.m.) En stor del af patienterne er svært bevidsthedssvækkede ved indlæggelsen og er i den tilstand meget påvirket i forhold til opmærksomhed og energi. Den gennemsnitlige indlæggelsestid over en femårig periode er 101 døgn.

Nyt fra hjerne-skadeområdet

Forløbsprogrammer er udkommet

De længe ventede forløbsprogrammer på hjerneskadeområdet udkom i juni 2011. Forløbsprogrammerne har været et par år undervejs, og en lang række repræsentanter fra kommuner, regioner, almen praksis, videnskabelige og faglige selskaber, brugerorganisationer, ministerier samt det tidligere Videnscenter for Hjerneskade har været med til at præge indholdet i forløbsprogrammerne. Formålet med dem er bl.a. at fokusere på den store tværgående opgave, det er at rehabilitere mennesker, som får en hjerneskade. Kommuner og regioner har med programmerne fået et fælles udgangspunkt for at tilrettelægge gode forløb, og forventningen fra Sundhedsstyrelsen er, at forløbsprogrammerne vil medvirke til at styrke indsatsen og øge kvaliteten af rehabiliteringen på hjerneskadeområdet i Danmark.

Programmerne for både børne- og voksenområdet kan findes på sundhedsstyrelsens hjemmeside **www.sst.dk** – søg på 'hjerneskade'.

I forlængelse af offentliggørelsen af forløbsprogrammerne bliver der afholdt en national konference den 27. september på Rigshospitalet i København. Arrangørerne af konferencen tæller Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Dansk Selskab for Apopleksi, Dansk Pædiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Neurorehabilitering. Se mere i kalenderen på vfjh.dk, eller på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: **sst.dk**

Kampagne for Børnehjernernekassen

I perioden fra 22. august til 23. sept. 2011 kører vi en kampagne for at gøre opmærksom på boernehjernernekassen.dk. Websitet er det første af sin art i norden med specifikt indhold

og viden, råd og tips om børn og unge med erhvervet hjerneskade. Sitet henvender sig til alle målgrupper, der i deres daglige arbejde er i berøring med disse børn – i børnehaven, i skolen i fritidsklubben m.v.

Med boernehjernernekassen.dk er der sat et foreløbigt punktum for et projekt, der startede med hjerneekassen.dk. Som led i kampagnen sender vi dette postkort ud til relevante målgrupper i hele landet sammen med en pressemeddelelse. Det hele kan ses ved at klikke ind på forsiden af sitet. Her kan du deltage i en konkurrence, og den heldige deltager vinder en iPad. Se mere på:

www.boernehjernernekassen.dk

Nye puljemidler på vej

I forbindelse med forhandlingerne om den nye 2020 plan, blev der i maj måned d.å. afsat 150 mio. kr. til hjerneskadeområdet. Disse midler falder oveni de 150 mio. kr. som området blev tildelt i forbindelse med finanslovsforhandlingerne om 2011 sidste efterår. Af de nye midler skal 50 mio. kr. gå til etablering af nyt specialiseret neurorehabiliteringscenter på Glostrup Hospital, så Østdanmark får et tilbud som i højere grad svarer til tilbuddet i Vestdanmark (Hammel Neurocenter). De resterende 100 mio. kr. afsættes til unge med hjerneskade, som skal have hurtigere genoptræning og rehabilitering. De 100 mio. kr. forventes at blive udmøntet som en pulje, men



Postkort om Børnehjernernekassen
udsendt august 2011.



tidspunktet er endnu ikke offentliggjort.

Temadage om ældre og apopleksi

Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri afholder i samarbejde med Ældreforum i løbet af september og oktober 2011 tre temaeftersmiddage i henholdsvis København, Odense og Horsens omkring ældre og apopleksi. Formålet med temadagene er at give inspiration til ledere, visitatorer m.fl. på ældreområdet, så der bliver sat fokus på følger af hjerneskaden, som apopleksiramte ofte har, og som kan gøre plejeopgaverne vanskelige for personalet. Blandt oplægsholderne er konsulenterne Bente Juul og Susanne Bommelund fra Hjerneskerådsgivningen på Fyn. De vil komme med konkrete eksempler på, hvordan neuropædagogikken kan være et redskab til at højne samarbejdet mellem den ramte og personalet i ældreplejen. I tillæg hertil vil der hvert sted blive holdt et oplæg fra henholdsvis Høje Tåstrup, Kerteminde og Århus Kommune, som alle har arbejdet med aktiverende pleje over for bl.a. apopleksipatienter, som bliver udskrevet fra sygehus. Mere information om temadagene på Servicestyrelsens samt Ældreforums hjemmeside. Eller på www.vfhj.dk > **Nyheder**

Temadagene er en opfølgning på håndbogen 'Ældre og apopleksi – inspiration til pleje- og omsorgspersonale', som det tidligere Videnscenter for Hjerneskerade udgav i samarbejde med Ældreforum i februar 2011. Første oplag af bogen på 6500 eksemplarer er allerede væk, og bogen er netop blevet genoptrykt i yderligere 3500 eksemplarer. Ønskes ét eller flere eksemplarer tilsendt f.eks. til undervisningsbrug, kan bogen bestilles hos www.aeldreforum.dk eller på tlf. 72 42 39 90. ■

Tid & sted

Temaeftersmiddagene afholdes tre steder i landet:

København, 26. september 2011

DGI-byen, Tietgensgade 65, 1704 København V

Odense, 3. oktober 2011

Scandic Odense, Hvidkærvej 25, 5250 Odense

Horsens, 12. oktober 2011

Scandic Bygholm Park, Schüttesvej 6, 8700 Horsens

Indhold

Dagene vil byde på oplæg af neuropædagog Bente Juul og fysioterapeut Susanne Bommelund. De er begge konsulenter i Hjerneskerådsgivningen i Odense og har mange års erfaring med undervisning og rådgivning inden for hjerneskeradeområdet. Desuden har de erfaringer med ældre hjerneskeradede, bl.a. apopleksiramte, og med at rådgive plejehjem m.fl. i vanskelige sager.

Hver temaeftersmiddag byder desuden på et oplæg om erfaringer fra et lokalt projekt om aktiverende og trænende pleje, der bl.a. har fokus på, hvordan apopleksiramte borgere kan genoptrænes ved at blive inddraget i de daglige gøremål og derved blive mere selvhjulpne. Dagene byder samtidig på information om mulighederne for rådgivning fra VISO-konsulenter til at håndtere særligt vanskelige situationer.

Program for alle tre dage

12.30-13.00: Sandwich & drikkevarer

13.00-13.05: Velkomst

13.05-13.45: Apopleksi og neuropædagogik

Neuropædagog Bente Juul

og fysioterapeut Susanne

Bommelund, Hjerneskerådsgivningen, Odense.

Hvad er neuropædagogik, og hvordan kan den neuropædagogiske tilgang anvendes af plejepersonale på plejecentre og i hjemmeplejen?

Oplægget tager afsæt i situationer og udfordringer, som ofte opstår i hverdagen, når personalet skal hjælpe og støtte apopleksiramte i eget hjem eller i plejebolig.

13.45-14.15: Aktiv pause med kaffe, kage og frugt

14.15-15.15: Fra teori til praksisindsats – en case-historie

Bente Juul og Susanne Bommelund

Præsentation af et konkret eksempel på anvendelse af neuropædagogiske strategier samt spørgsmål fra salen

15.15-15.45: Erfaringer fra lokal praksis

Erfaringer fra et lokalt kommunalt projekt, hvor der arbejdes med hverdagsrehabilitering eller aktiverende og trænende pleje. I København videregives erfaringer fra Høje Taastrup Kommune; i Odense erfaringer fra Kerteminde Kommune og i Horsens erfaringer fra Aarhus Kommune.

15.45-16.00: Spørgsmål og kommentarer til dagens oplæg

16.00: Tak for i dag

The Brain that Changes Itself

AF AASE ENGBERG, KONSULENT, DR. MED., SPECIALLÆGE I NEUROLOGI.

Forfatteren til denne bog 'The Brain that Changes Itself' om hjernens plasticitet er læge, uddannet i psykiatri og psykonanalyse ved Columbia University, New York. Bogen kræver et vist kendskab til hjernen og centralnervesystemet, men ikke nødvendigvis på specialniveau.

Forfatteren betegner neurovidenskabsmanden Paul Bach-y-Rita som "neuroplasticitetens fader". Paul Bach-y-Rita (1934-2006) var en neurolog og neuroforsker. Han så sin 65-årige far blive ramt af apopleksi med halvsidig lammelse til følge og derefter gennem langvarig intensiv genoptræning genvinde sin førlighed og tre år senere blive i stand til at genoptage sin undervisningsvirksomhed. Efter dette "mirakel" besluttede PBR sig for at anvende sin viden om hjernens plasticitet inden for neurorehabilitering. "Miraklet" krævede motivation og hårdt arbejde: "Faderen kæmpede hver dag for at komme til at tale og skrive på maskine, og efter tre måneder begyndte det at hjælpe".

Det er usædvanligt, at en apopleksipatient kan opvise en så kolossal energi og motivation. En begrænsende faktor hos de fleste hjerneskadede er netop en "hjernetræthed", som gør, at de ikke selv kan gennemføre flere timers genoptræning dagligt, og der er ikke i det professionelle system personale, der har tid til at pace dem til at gøre det.

Men for Paul-y-Rita var forløbet en inspiration til at fokusere på sen-rehabilitering og betragte stagnerende fremskridt ikke som et slutresultat, et "plateau", men som en nødvendig pause, hvori fremskridtene kunne konsolideres.

Hvad var det da for omorganiseringer i hjernen, der muliggjorde denne succes? Bogens gennemgående tese er, forenklet sagt, at humunculus, den topografiske repræsentation af hver del af det menneskelige legeme i hjernen, ikke er statisk, som man tidligere troede, men i høj grad plastisk, d.v.s. modificerbar, såvel i forbindelse med indlæring som i forbindelse med funktionsmæssig udbedring af skader på hjernen, nerveforbindelser til denne eller på perifere legemsdele.

Bach-y-Rita indså dette og fik f.eks. den idé at afhjælpe halvsidig ansigtslammelse (hyppigt set i form af den såkaldte Bell's parese, medførende dysfunktion af ansigtsnerven) ved at flytte en af nerverne til tungen over til ansigtsmuskulaturen

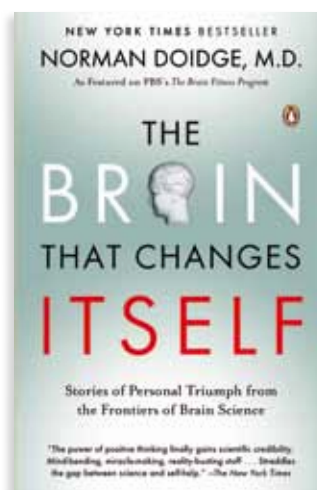
og træne denne "tunge-nerve" til at agere som ansigtsnerve. Det har vist sig at virke, forudsat der er en betydelig træningsindsats for at "ommøblere" humunculus.

En anden af Bach-y-Ritas ideer var at erstatte et beskadiget ligevægtsorgan (vestibulærorgan), med et eksternt kunstigt vestibulærapparat, som i dag er i handelen i USA som "Brainport". Det særlige er, at efter længere tids brug af apparatet, kan patienterne angiveligt undvære det i stadig længere perioder, og hos nogle permanent, som om hjernen er "repareret" – eller bare omorganiseret!

En anden visionær hjernespecialist, Edward Taub (f.1931) introducerede Constraint-Induced therapy, et princip, der har vist sig af betydning for apopleksipatienter med halvsidig lammelse.

Det har vist sig, at hvis man inaktiverer den raske arm 90 pct. af døgnets timer ved at binde den ind til kroppen og træner dagligdags aktiviteter intensivt med den lammede arm, mindst tre til fire timer pr. dag, kan der opnås overraskende fremskridt. Dette må forudsætte, at der opbygges et "brain map" i hjernen et andet sted end i det ødelagte område. Virkningen af Constraint-Induced therapy er rigeligt bekræftet i den videnskabelige litteratur, jf. mange referencer i denne inspirerende bog, som kan anbefales til alle, der interesserer sig for hjerneskaderehabilitering. ■

Dette er en forkortet udgave af artiklen. Læs den lange og uddybende i netudgaven af Fokus på vfhj.dk/default.asp?PageId=2228



The Brain that Changes Itself
Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain Science
Af Norman Doidge
Penguin Books
London 2007
427sider

"Børn, læring og arbejdshukommelse. En praktisk guide"

AF LENE DAUGAARD, LÆRER OG NEUROPÆDAGOGISK KONSULENT,
VEJLEFJORDS BØRNENEUROCENTER.

Arbejdshukommelse – hva' for én? Mange børn og unge, der erhverver sig en hjerneskade, får en ændret funktion i arbejdshukommelsen. Den bedste indikator for at finde de børn, der kan få indlæringsvanskeligheder og dermed brug for særlig opmærksomhed i læringssituationer, er arbejdshukommelsen.

Teori omkring arbejdshukommelsen

Bogen "Børn, læring og arbejdshukommelse. En praktisk guide" er inddelt i afsnit, der kan læses hver for sig, men for at få den bedst mulige forståelse for, hvad en nedsat arbejdshukommelse kan betyde, vil jeg anbefale, at alle afsnittene læses i den rækkefølge, som de er skrevet i. Når det teoretiske afsnit anbefales til alle læsere, er det fordi, det giver læseren mulighed for at genkende symptomerne, når de ses hos et barn og derved kunne støtte og guide barnet, forældrene og kolleger.

Den første del er teoretisk og formidler på en enkel og letforståelig måde viden om hukommelse, generelt og giver en grundig viden om arbejds- og korttidshukommelse i særdeleshed. Arbejds- og korttidshukommelse er ofte blevet beskrevet på mange forskellige måder i anden let tilgængelig litteratur. Men i denne bog får man den mest præcise og forståelige forklaring på disse to funktioner, jeg hidtil er stødt på.

Herefter får vi en forklaring på, hvordan en god arbejdshukommelse er afgørende for indlæring. I England er der lavet studier, hvor børnene testes ved skolegangens start og et år senere. De børn, der har en svagt fungerende arbejdshukommelse ved skolestarten, viser sig senere at få indlæringsvanskeligheder på stort set alle områder. Børnene bliver opdelt i tre grupper efter, hvor stor deres nedsatte funktion er. De bedst fungerende får særlig opmærksomhed fra lærerne, den næstbedste gruppe får støtte i skolen og den sidste gruppe får et andet skoletilbud.

At vokse sig ind i større vanskeligheder

Arbejdshukommelsens kapacitet øges gennem barndommen op til ungdommen. Det vil sige at jævnaldrende med velfungerende arbejdshukommelse kommer til at kunne løse komplekse opgaver på et niveau, hvor barnet med den svagt fungerende arbejdshukommelse ikke kan følge med. Med andre ord bliver den svage funktion mere og mere

synlig, kræver flere støttestrategier og opmærksomhed fra de voksne; det er en af bogens vigtige pointer.

Børn og unge med svagt fungerende arbejdshukommelse bliver synlige ved, at de ofte lever tilbagetrukket i gruppesituationer og at deres faglige fremskridt er langsomme. De har svært ved at følge instruktioner, få overblik, komme i gang, fuldføre opgaver og svært ved at holde styr på, hvor langt de er nået i en opgave. Dertil kan børnene virke uopmærksomme og let afledelige.

Når man ser på de danske lærebøger i dansk, matematik, engelsk og andre fag, kan man som neuropædagog blive helt forskrækket. De indeholder et mylder af oplysninger, billeder, farver og glitter, som et barn med svagt fungerende arbejdshukommelse kan have ganske svært ved at navigere i. Anbefalingerne i bogen "Børn, læring og arbejdshukommelse" går på at erkende barnets svigtende funktion i arbejdshukommelsen og være opmærksom på, når barnet overbelaster den. Bogen giver en række konkrete forslag til pædagogisk intervention, der kan støtte den dårligt fungerende arbejdshukommelse på mange områder, så barnet lærer at klare sig bedre i skolen og fritiden.

Bogen kan være en øjenåbner og hjælp til lærere, pædagoger, specialundervisningslærere, støttelærere, talepædagoger, læsekonsulenter og psykologer, der arbejder med børn og unge. Dertil kan forældre, der gerne vil kunne støtte deres barn, have glæde af at læse bogen. ■



"Børn, læring og arbejdshukommelse. En praktisk guide"

Af Susan E. Gathercole
og Tracy Packiam Alloway
Dansk psykologisk Forlag,
2009

Sider: 180

Pris: 238 kr.



Kalender

Se flere nationale og internationale kurser på: www.vfhj.dk/kalender.asp

NATIONALE KURSER OG TEMADAGE

Facts om den menneskelige hjerne

Tid: 13. september 2011

Sted: Hammel Neurocenter

Se mere på: www.regionshospitalet-silkeborg.dk/afdelinger/hammel+neurocenter/uddannelsescentret

Når en senhjerneskade får følger for seksualiteten

Tid: 14.-15. september 2011

Sted: Hammel Neurocenter

Se mere på: www.regionshospitalet-silkeborg.dk/afdelinger/hammel+neurocenter/uddannelsescentret

Sådan kommunikerer du med en patient/borger, der har afasi

Tid: 14. september 2012

Sted: Hammel Neurocenter

Se mere på: www.regionshospitalet-silkeborg.dk/afdelinger/hammel+neurocenter/uddannelsescentret

Undersøgelse og behandling af voksne med neurologiske lidelser

Tid: 19. september 2011 - 2. marts 2012

Sted: Sønderborg

Læs mere på: www.vfhj.dk >kalender

Indsatsen over for ældre apopleksiramte

Tid: 26. september, 3. og 12. oktober 2011

Sted: København, Odense, Horsens

Se mere på: www.servicestyrelsen.dk/aktiviteter/aeldre/aeldre-og-apopleksi/temaeftermiddag-for-aeldre-med-apopleksi

Konference om forløbsprogrammer på hjerneskadeområdet

Tid: 27. september

Sted: København

Se mere på: www.sst.dk

Forældrekursus 1

Tid: 7. oktober 2011

Sted: Vejlefjord

Se mere på: www.vejlefjord.dk

NORDISKE OG INTERNATIONALE ARRANGEMENTER:

Attention & Information Processing:

Advanced Cognitive Rehabilitation Workshop

Tid: 2.- 3. december 2011

Sted: London

Se mere på: www.braintreetraining.co.uk

2012 Ninth World Congress on Brain Injury

Tid: 21.- 25. marts 2012

Sted: Edinburgh

Se mere på: www.internationalbrain.org/

The 7th World Congress of NeuroRehabilitation

Tid: 16.-19. maj 2012

Sted: Melbourne

Se mere på: www.dccconferences.com.au/wcnr2012/

8th FENS Forum of Neuroscience in Barcelona

Tid: 14.-18. juli 2012

Sted: Barcelona

Se mere på: fens.mdc-berlin.de/news/?id=309



Videnscenter for Handicap og Socialpsykiatri

MarselisborgCentret

Bygning 3, 2. sal

P.P. Ørumsgade 11

8000 Århus C

vihs@servicestyrelsen.dk

Telefon +45 72 42 41 00

Trykt version: ISSN 1601-8257

Netversion: ISSN 1904-4380

Ændringer vedr. abonnementet kontakt venligst
Mette Trier, tlf. 4173 0837 / mtr@servicestyrelsen.dk